

Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé:
**L'identité professionnelle des infirmières comme source d'un travail gratuit et d'une
obligation de disponibilité implicite**

par
Alexandra Cyr

École de relations industrielles
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise (M.Sc.)
en Relations Industrielles

Avril 2017

© Alexandra Cyr, 2017

Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé:
**L'identité professionnelle des infirmières comme source d'un travail gratuit et d'une
obligation de disponibilité implicite**

présenté par
Alexandra Cyr

École de relations industrielles
Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Philippe Barré
Président rapporteur

Émilie Genin
Directrice de recherche

Guylaine Vallée
Directrice de recherche

Pamela Lirio
Membre du jury

RÉSUMÉ

Les nouvelles normes d'organisation du travail fondées sur un modèle de la flexibilisation du temps de travail ont eu des effets considérables sur les travailleurs-euses. La recherche toujours plus grande de productivité et de rentabilité a imposé de fortes pressions sur les individus qui ont adapté progressivement leurs comportements au travail. À cet effet, l'augmentation de la disponibilité temporelle imposée aux salariés-es ne serait pas toujours reconnue par les organisations. La distinction entre le temps du travail et le temps du repos est devenue plus floue, moins nette que par le passé. Par ailleurs, la disponibilité temporelle jouerait le rôle de compétence non-reconnue par laquelle l'on n'hésite pas à mesurer la motivation et l'implication des salariés-es, mais sans pour autant que cela ne transparaissent dans les classifications d'emplois ou les salaires. Le travail du *care* y serait d'autant plus sensible alors que ses compétences ont été historiquement invisibles.

Dans un premier temps, cette recherche souhaite mettre en lumière certaines manifestations de l'invisibilité du travail des infirmières dans le secteur de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, elle s'intéresse à la présence d'un travail effectué gratuitement par les professionnelles des soins. Elle s'intéresse également à la présence d'une obligation de disponibilité implicite engageant les infirmières à dépasser leur temps de travail formel. Dans un deuxième temps, cette recherche cherche à élucider le rôle de l'identité professionnelle des infirmières sur l'accomplissement d'un travail invisible. Les données empiriques obtenues à la suite de dix entrevues semi-dirigées effectuées auprès d'infirmières (détentrices d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers) et d'infirmières cliniciennes (détentrices d'un baccalauréat universitaire en sciences infirmières) travaillant dans le réseau public québécois ont permis d'illustrer plusieurs manifestations d'un travail gratuit et d'une obligation de disponibilité implicite. De plus, les données montrent que d'une manière générale l'identité professionnelle est effectivement liée aux débordements de travail des infirmières. Toutefois, son influence est encouragée par les défaillances organisationnelles affectant la qualité des soins de santé.

Mots-clés: Identité professionnelle, infirmières, travail gratuit, disponibilité implicite, travail invisible

ABSTRACT

New organizational norms based on a model of flexibilisation of working hours have had a major impact on workers in recent years. An increasing focus on productivity and profitability can impose strong pressures on employees who are progressively changing their behaviour at work. Indeed, the increase of temporal availability imposed on workers is not always acknowledged by the employers. The distinction between work time and rest time has become more blurred and less clear than in the past. Moreover, temporal availability has become an expected but unrecognized behaviour used to measure motivation at work and employee engagement without any impact on employee classification or wages. The care sector is likely even more prone to this lack of recognition as its definitive core have historically been invisible.

Firstly, this research aims to shed light on manifestations of invisible work performed by nurses for the health and social services sector in Quebec. The unpaid work completed by the care professionals and the mandatory availability required of nurses to exceed their period of working time will be reviewed. Secondly, this research is set to explain the role of professional identity in the performance of invisible work. The empirical data collected through ten interviews with nurses and clinical nurses working in the public sector in Quebec illustrated many manifestations of unpaid work and an implicit obligation of availability. Also, the data show that nurses' professional identity is actually linked to the supplemental work completed. However, its influence was emphasized by organisational failures affecting the quality of health services.

Keywords: Professional identity, nurses, unpaid work, implicit availability, invisible work

Table des matières

RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	IX
REMERCIEMENTS.....	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
I. L'INVISIBILITÉ DU TRAVAIL ET SES MANIFESTATIONS	5
A. Le travail gratuit	6
i. Le don de soi	7
ii. La personnalisation du service	9
iii. L'obligation morale.....	11
B. L'obligation de disponibilité implicite.....	15
i. Les limites de la notion juridique du « temps de travail »	16
ii. L'obligation de disponibilité	19
iii. L'obligation de disponibilité implicite.....	21
iv. La période de pause-repas	22
v. Le chevauchement entre les quarts de travail	24
vi. Les demandes pour les heures supplémentaires	26
vii. Le service commandé	29
C. Les effets de l'invisibilité du travail	31
i. Sur la conciliation des temps de vie	32
ii. Sur la santé et sécurité	33
D. Les déterminants de l'invisibilité au travail	35
i. La disponibilité temporelle, compétence invisible ?	36
ii. Le contre-don.....	37
II. L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE	39
A. Les auteurs et les modèles théoriques sur l'identité professionnelle	41
i. L'identité au travail selon Sainsaulieu	42

ii. La socialisation professionnelle selon Dubar	44
iii. Les identités professionnelles contemporaines.....	50
iv. L'identité organisationnelle.....	53
v. L'identité professionnelle des infirmières.....	56
a) Synthèse du concept	56
b) Définition de l'identité professionnelle chez les infirmières	58
B. La profession infirmière et ses composantes	60
i. Histoire d'un métier	60
a) Les femmes.....	60
b) Des religieuses aux infirmières.....	62
ii. Vers une professionnalisation du métier d'infirmière.....	64
iii. La déontologie et l'éthique de la profession infirmière	66
C. Le care au sein de la profession infirmière	70
i. Définir le care	70
ii. L'invisibilité du care	72
D. Les émotions dans le travail.....	75
CHAPITRE II - PROBLÉMATIQUE, MODÈLE DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE.....	79
I. LA PROBLÉMATIQUE	79
II. LE MODÈLE DE RECHERCHE ET LES PROPOSITIONS.....	83
A. Le modèle de recherche	83
B. Les propositions de recherche.....	84
III. LA MÉTHODOLOGIE.....	86
A. Le devis de recherche.....	86
B. Le modèle opératoire	87
i. La variable dépendante : Le travail gratuit.....	87
ii. La variable dépendante : L'obligation de disponibilité implicite	89
iii. La variable indépendante : L'identité professionnelle des infirmières	91
C. L'échantillonnage	94
D. La méthode de collecte des données	96
E. L'analyse de contenu	97
i. La constitution des données	97
ii. L'analyse des données	99
CHAPITRE III - ANALYSE DES RÉSULTATS	100

I. LES MANIFESTATIONS D'UNE INVISIBILITÉ DU TRAVAIL	100
A. Les manifestations du travail gratuit	100
i. Le don de soi	101
ii. La personnalisation du service	105
iii. L'obligation morale.....	109
B. Les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite.....	115
i. Les périodes de pauses-repas	116
ii. Les périodes de chevauchements.....	120
iii. Les demandes pour les heures supplémentaires	124
C. Les phénomènes non anticipés	131
i. La formation continue	132
ii. Le fait d'arriver en avance	135
iii. L'interaction entre l'identité professionnelle et les défaillances de l'organisation du travail.	136
II. LES EFFETS DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE SUR L'INVISIBILITÉ DU TRAVAIL	139
A. Les dimensions de l'identité professionnelle	140
i. L'identité individuelle.....	140
a) Les motivations.....	140
b) Le sentiment de réalisation de soi.....	143
ii. Le collectif professionnel	147
a) Les règles informelles.....	147
b) Les valeurs professionnelles	151
c) Le sentiment d'utilité.....	153
d) Le sentiment d'appartenance.....	155
e) La solidarité entre collègues	157
iii. La présence déontologique	160
a) Le respect du patient	161
b) La tenue à jour des connaissances	162
c) La distance professionnelle.....	163
d) La confidentialité des dossiers.....	163
iv. L'éthique professionnelle	165
v. Les manifestations du care	167
a) La disponibilité à l'autre.....	167
b) La reconnaissance des besoins	169

c) La responsabilité face à la tâche	170
vi. Le travail émotionnel	172
B. Les effets de l'identité professionnelle sur le travail gratuit (Proposition 1)	175
C. Les effets de l'identité professionnelle sur l'obligation de disponibilité implicite (Proposition 2)	180
CHAPITRE IV - DISCUSSION	186
A. Retour sur les manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité	186
i. Les manifestations du travail gratuit	186
ii. Les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite	194
B. Retour sur les propositions de recherche	198
C. Le rôle de l'organisation du travail	207
D. Les apports et limites de l'étude	210
E. Les recherches futures	211
CONCLUSION	214
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXE A	VIII
ANNEXE B	XIII

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 : Opérationnalisation de la variable dépendante : travail gratuit.....	88
Tableau 2 : Opérationnalisation de la variable dépendante : obligation de disponibilité implicite.....	89
Tableau 3 : Opérationnalisation de la variable indépendante : l'identité professionnelle des infirmières.....	92
Tableau 4 : Portrait des participantes.	95

Figure(s)

Figure 1 : Le modèle de recherche....	83
---------------------------------------	----

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mes deux directrices de recherche, Émilie Genin et Guylaine Vallée pour leur présence et leur soutien constants tout au long de mon cheminement aux études supérieures. Votre écoute, vos conseils et vos encouragements m'auront permis de mener cette recherche à terme malgré les doutes et les incertitudes que comporte la réalisation d'un tel projet. Je vous remercie également de votre confiance et de votre ouverture, car elles m'auront permis de clore l'écriture de ce mémoire malgré une distance physique.

Je tiens ensuite à remercier et à souligner la contribution des organismes ayant apporté leur soutien financier à mon projet de recherche et sans qui tout ce processus aurait été bien davantage ardu. Tout d'abord, le CRIMT pour son appui au projet de recherche *L'obligation de disponibilité du salarié : une nouvelle source de précarité ou de flexibilité ?* dans lequel s'inscrit mon mémoire. Mais également, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Mme Jacqueline Avard, ainsi que la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal.

Mes prochains remerciements sont destinés aux infirmières et aux infirmières cliniciennes qui m'ont généreusement donné de leur temps afin de me raconter leur profession et leur parcours de vie. Sans elles, mais aussi sans tous celles et ceux qui exercent le métier des soins, ce projet n'aurait pas eu de sens. J'ose espérer qu'il pourra porter votre réalité au dehors des couloirs et des murs de vos lieux de travail respectifs, hôpitaux, centres communautaires et domiciles. Je me dois également de remercier toutes les personnes m'ayant permis d'entrer en contact avec les participantes à cette recherche.

Enfin, mes derniers remerciements vont à mes proches pour leur appui fidèle tout au long de mes études universitaires et particulièrement durant cette période consacrée à mon mémoire. À ma grand-mère, Lise, à mes parents, Sylvie et Robert, et à ma petite sœur, Gabrielle, merci de votre éternel support et de vos encouragements quoi que j'entreprenne. Un merci tout particulier à mon compagnon de vie, Marc, pour son amour et sa présence, sans lesquels ce projet n'aurait peut-être jamais abouti.

INTRODUCTION

La place occupée par le travail dans la vie des individus n'a cessé de croître dans les dernières décennies alors que ceux-ci sont progressivement devenus les auteurs de leurs vies professionnelles avec tous les avantages et inconvénients que cela implique (Lallement, 2007). L'implication subjective des individus dans le travail caractérise un nouveau modèle d'organisation du travail et vient transformer par ailleurs les identités au travail. Alors en quête de reconnaissance par leurs supérieurs ou par leurs pairs, les comportements de surinvestissement au travail sont désormais devenus courants chez les travailleurs-euses (Osty et Uhalde, 2007; Dubar, Tripier et Boussard, 2011). De plus, ce modèle d'organisation du travail est venu modifier le rapport des individus à leur travail devenu progressivement la source d'un sentiment de réalisation (Dubar, Tripier et Boussard, 2011). Par ailleurs, ce nouveau modèle en imposant une intensification des conditions de travail remet alors en perspective une notion, celle du temps de travail. (Dubar, Tripier et Boussard, 2011, p.329).

De récentes recherches ont constaté que les moyens actuels d'organisation du travail en visant l'augmentation de leur productivité et de leur rentabilité engendraient un flou entre le temps de travail et le temps de repos des salariés-es (Vallée, 2010; Bruno, 2015; Genin, 2016; Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016). En effet, avec la flexibilisation du temps de travail fondé sur le principe du juste à temps (*just-in-time*), les organisations ont permis de rendre plus efficient le travail des salariés-es qui est alors ajusté en fonction des besoins organisationnels. Cependant, cette malléabilité du temps de travail qui est recherchée a entraîné une augmentation de la disponibilité temporelle imposée aux salariés-es. À cet effet, les auteurs (Vallée, 2010; Bruno, 2015; Genin, 2016; Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016) constatent l'existence d'une obligation de disponibilité pour ceux-ci lors de périodes n'étant pas juridiquement considérées comme du temps de travail.

De plus, selon Lallement (2007), dans cette ère de flexibilisation du temps de travail, la disponibilité temporelle des travailleurs-euses serait une compétence non reconnue. En effet, dans différents secteurs d'emplois, notamment celui des services, la disponibilité temporelle sert entre autres « d'indicateur de l'implication et de la motivation du travail [...] sans réelle

reconnaissance au niveau de la classification ou du salaire » (Gadrey, Jany-Catrice et Pernod-Lemattre, 2004, cités dans Lallement, 2007). De plus, toujours selon Lallement (2007), la question de la reconnaissance du travail serait particulièrement importante pour le travail du *care*, car celui-ci est souvent invisible. À cet effet, certaines auteures (Cognet, 2002; Dussuet, 2011; Meagher, 2006; Benelli et Modak, 2010) s'intéressant plus particulièrement aux travailleuses des soins, notamment les infirmières, mais aussi les aides à domicile, affirment que celles-ci effectuent régulièrement un travail non rémunéré parce que leurs compétences ne seraient pas toujours reconnues par la rationalité gestionnaire. En effet, selon Soares (2011), les statistiques canadiennes permettent d'entrevoir que la concentration des femmes s'est faite principalement dans un secteur, celui des services, où certaines compétences nécessaires à ces emplois sont encore non reconnues, car dissimulées sous la perception d'habiletés naturelles.

Ainsi, le secteur de la santé et des services sociaux québécois a été l'hôte d'importantes restructurations au cours des dernières décennies obligeant des changements notables à l'organisation du travail. Ancrée sur « des valeurs d'efficacité, d'efficience et d'économie » (Côté, 2013, p. 64), cette transformation, mieux connue comme le virage ambulatoire, a conduit à une réduction importante du personnel soignant et par le fait même à une augmentation considérable de la disponibilité temporelle demandée aux infirmières. En effet, dans sa recherche, Bruno (2015) constatait que le secteur de la santé et des services sociaux était l'un de ceux affectés par la présence d'une obligation de disponibilité implicite pour ses salariées-es. Or, cette obligation inciterait les infirmières à effectuer du travail alors même qu'elles ne sont pas en temps de travail. De plus, de son côté, Soares (2011) revendiquait la complexité et la richesse des métiers des services, tels que celui des soins infirmiers, bien qu'une invisibilité des compétences mobilisées par les travailleuses semble perdurer.

Par conséquent, notre recherche s'intéresse dans un premier temps aux manifestations de cette invisibilité dans le travail des infirmières par le travail gratuit et l'obligation de disponibilité implicite. Dans un deuxième temps, alors que l'identité professionnelle intervient dans le rapport entre les individus et leur travail, notre recherche souhaite comprendre comment celle-ci module les comportements des infirmières au travail. Plus précisément, nous cherchons à comprendre le rôle de l'identité professionnelle dans l'accomplissement d'un travail invisible

par les infirmières. Notre question de recherche est donc formulée comme suit: *Dans quelle mesure l'identité professionnelle des infirmières contribue-t-elle à l'invisibilité de leur travail sous l'aspect du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite ?* Par ailleurs, de celle-ci, nous avons déterminé deux objectifs à notre recherche. D'abord, illustrer une variété de formes du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité. Ensuite, être en mesure d'évaluer l'incidence de l'identité professionnelle sur les manifestations qui ont été démontrées.

En outre, le mémoire de Bruno (2015), ainsi que le présent mémoire, s'insèrent dans un plus vaste projet de recherche portant sur le phénomène de l'obligation de disponibilité du salarié, qui souhaite notamment établir une typologie détaillée de ces manifestations à partir de celles qui sont déjà connues et démontrées. De plus, avec cette recherche, nous désirons également contribuer à la mise en lumière du travail gratuit effectué quotidiennement par les salariées des soins, alors que ce concept en sociologie a fait davantage référence au travail domestique féminin. En conséquence, nous sommes d'avis qu'une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents au phénomène de l'invisibilité du travail, à laquelle tentera de contribuer ce mémoire, serait susceptible de contrer la dévalorisation d'un métier traditionnellement féminin. Enfin, nous dirigerons notre intérêt sur le secteur public de la santé et des services sociaux québécois.

Dans notre premier chapitre, nous présenterons dans une première partie les concepts du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite, ainsi que leurs potentielles manifestations dans le travail des infirmières. Puis, dans une seconde partie, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'identité professionnelle. Nous y aborderons principalement différents modèles théoriques sur l'identité au travail et son évolution. Puis, nous traiterons des différents traits de la profession infirmière par un retour sur son histoire et ses particularités, comme le travail du *care*, la présence d'une déontologie guidant l'éthique des soins, et le travail émotionnel.

Notre deuxième chapitre portera d'abord à la définition de notre problématique de recherche. Ensuite, nous procéderons à l'élaboration de notre modèle conceptuel, qui nous permettra d'effectuer le passage du champ théorique au champ pratique. À cet effet, nos objectifs de

recherche seront formulés et conduiront à l'élaboration de nos deux propositions de recherche. Enfin, ce chapitre sera complété par l'établissement de notre méthodologie où seront présentés le devis de recherche, le modèle opératoire, la méthode d'échantillonnage et de collecte des données et finalement d'analyse de contenu.

Le troisième chapitre sera entièrement consacré à l'analyse de nos résultats ayant été récoltés durant notre étude sur le terrain au cours de laquelle dix entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'infirmières et d'infirmières cliniciennes travaillant en milieu hospitalier ou en centre local de soins communautaires (CLSC). Précisons que la distinction entre ces deux catégories d'infirmières tient à la formation qu'elles ont complétée, les infirmières détenant un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers alors que les infirmières cliniciennes détiennent plutôt un baccalauréat universitaire en sciences infirmières. Nous procéderons en suivant nos objectifs de recherche. Ainsi, les manifestations répertoriées du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite seront d'abord traitées. Ensuite, les résultats relatifs à l'identité professionnelle chez les infirmières seront présentés. À partir de ceux-ci et des manifestations trouvées, nos propositions de recherche pourront être analysées.

Enfin, le quatrième et dernier chapitre de notre mémoire présentera une discussion et une interprétation de nos résultats en fonction de la revue de la littérature. Un retour sur les manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite figurera en début de chapitre. Puis, un retour sur l'effet de l'identité professionnelle des infirmières sur ces deux phénomènes respectifs sera réalisé, nous permettant de soutenir partiellement nos deux propositions de recherche. À cet égard, nous ferons également un retour sur le rôle de l'organisation du travail. Nous terminerons ce chapitre par la présentation des apports et limites de notre étude et des recherches futures qui pourraient être pertinentes afin de poursuivre nos travaux.

CHAPITRE I - REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'invisibilité des compétences mobilisées dans le travail des infirmières dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois appellerait à un manque de reconnaissance relatif d'une part à la relation de service, et d'autre part à la disponibilité temporelle. La question de la reconnaissance du travail s'avère particulièrement critique lorsqu'il s'agit des métiers du *care*, puisque s'il est vrai que ce questionnement affecte l'ensemble des métiers de service depuis leur montée en force dans les dernières décennies engendrée par la tertiarisation de notre économie, le travail du *care* ferait face à une part plus grande d'invisible (Lallement, 2007). En effet, le travail de soins à autrui s'appuie sur une quantité importante de compétences, qui ne seraient perceptibles que lorsqu'elles manquent (Molinier *et al.*, 2009). Par ailleurs, si la professionnalisation du métier de l'infirmière, tout comme celle d'autres métiers, acquise par davantage d'autonomie et de responsabilités a permis au final d'en élever son statut, la reconnaissance quant à l'implication subjective demandée aux salarié-es dans leur travail fait encore défaut (Lallement, 2007). Cependant, cet investissement au travail ne doit pas être considéré strictement comme « une dégradation des conditions de travail », car elle peut être porteuse d'autant de bonheur que de malheur au travail (Lallement, 2007, p. 74). Par conséquent, ce premier chapitre souhaite mettre en lumière ces compétences relationnelles et de disponibilités sur lesquelles s'appuie en grande partie le travail des infirmières, mais qui sont tout de même susceptibles d'être invisibles et de manquer de reconnaissance.

Ce chapitre a été divisé en deux grandes sections. Dans une première partie, nous tenterons de définir et de catégoriser selon ses manifestations dans le travail infirmier ces compétences invisibles (I). Dans une seconde partie, nous nous attarderons plus en profondeur au concept de l'identité professionnelle (II), ainsi qu'aux caractéristiques de la profession d'infirmière.

I. L'invisibilité du travail et ses manifestations

Dans cette première grande section du chapitre, nous verrons à définir deux manifestations sous lesquelles les compétences invisibles mobilisées dans le travail des infirmières peuvent se regrouper. Dans un premier temps, nous aborderons le concept du travail gratuit (A) qui surgit

de la relation de service. Dans un second temps, nous nous intéresserons au phénomène de l'obligation de disponibilité implicite (B) qui se manifeste entre autres dans le secteur de la santé et des services sociaux et qui est encouragé par la flexibilisation du temps de travail. Dans un troisième temps, nous nous intéresserons aux effets (C) néfastes que ces débordements du travail, n'étant pas reconnus, engendrent sur la conciliation entre les différents temps de vie, ainsi que sur la santé et la sécurité des travailleuses. Finalement, dans un dernier temps, nous présenterons différents déterminants possibles de cette invisibilité des compétences (D) recensés dans la littérature.

A. Le travail gratuit

Cette première sous-section s'intéressera au concept que nous développons, le travail gratuit, et qui dans notre cas pourrait être effectué par les infirmières du secteur de la santé et des services sociaux au Québec. Selon Lallement (2007), la montée en force des emplois dans le secteur des services a permis de mettre au jour une réalité propre au travail avec l'autre. En effet, dans ces emplois où l'interaction avec le public est grande et où l'entrée d'une tierce personne dans le travail est presque constante, le travail nécessite une individualisation qui requiert de « travailler sur et avec autrui » (Lallement, 2007, p. 74). De plus, du fait de la survenance d'une autre personne, souvent le client, dans l'action quotidienne des travailleurs-euses, le travail est marqué par cette nouvelle difficulté, celle de « tenir la bonne distance », autrement dit de procéder à une gestion de ses comportements et émotions. Ce travail sur soi ou avec l'autre est d'autant plus présent dans les métiers du *care*, qui font appel à une certaine abondance d'interaction sociale avec les patients. Cependant, qu'il s'agisse des métiers du *care* ou de tout autre métier de service, « la reconnaissance est un enjeu permanent » (Lallement, 2007, p. 74). Ainsi, selon la littérature consultée, un travail gratuit chez les infirmières pourrait se révéler entre autres sous les trois formes suivantes: d'une part, sous le don de soi (i), ensuite sous une personnalisation du service (ii) et finalement sous la contrainte de l'obligation morale (iii).

Cependant, avant tout, il importe de comprendre le phénomène du travail gratuit se manifestant dans le contexte du travail infirmier comme l'un des résultats du manque de

reconnaissance quant aux compétences sollicitées dans le travail relationnel. À cet effet, nous ferons référence à la notion de reconnaissance du travail. Selon Dejours (1992, cité par Soares, 2011), la reconnaissance du travail est relative à deux éléments: premièrement, un jugement d'utilité, c'est-à-dire que le travail ou le service accompli est reconnu comme utile; ensuite, un jugement esthétique ou de beauté, c'est-à-dire que le travail est jugé comme bien fait (Soares, 2011, p. 129). Or, ce mode de reconnaissance sur lequel s'est fondé jusqu'à présent le marché du travail est peut-être difficilement conciliable avec les emplois du *care* qui reposent en partie sur des compétences parfois imperceptibles:

[...] mais peut-être est-ce plus encore avec le travail de *care* que cette question de la reconnaissance prend la plus grande ampleur. Ce travail est en effet souvent invisible et suppose de savoir prendre sur soi, de contenir parfois de l'agressivité, de gérer de l'anxiété... (Lallement, 2007, p. 74)

En somme, le travail gratuit pourrait être symptomatique d'une difficulté à cerner le « savoir-être » ou l'implication subjective pourtant essentielle dans le travail des infirmières (Benelli et Modak, 2010). Dans ce mémoire, nous entendons donc comprendre le concept du travail gratuit comme l'ensemble des compétences exigées par une relation de service pour lesquelles un manque de reconnaissance, monétaire ou autre, semble perdurer. Les prochaines sections porteront sur une catégorisation du travail gratuit selon trois manifestations recensées dans la littérature.

i. Le don de soi

Le don de soi constitue la première forme sous laquelle pourrait se manifester un travail gratuit. Envisagé comme un travail requis par la relation de service, le don entre en opposition à une description technique, rationnelle et prescrite du travail de soins. Il correspondrait au travail non prévu ou non prescrit, mais réellement effectué. N'étant pas compris dans les tâches pratiques à accomplir, le travail correspondant au don n'est pas toujours évalué, compensé ou reconnu. Ainsi, la logique des services rencontre alors celle « administrative [du réseau de la santé] qui prône une rationalisation et une standardisation des pratiques pour mieux contrôler les coûts et la qualité » (Côté, 2013, p. 65). Selon Côté, « les organisations arrivent mal à coordonner ces différentes logiques, et ce sont souvent les intervenants individuellement qui

doivent arbitrer entre elles, selon les circonstances, le contexte, et le jugement professionnel » (2013, p. 65). En effet, Cognet (2002), dans ses observations au sein du secteur de la santé et des services sociaux québécois, note que le travail relationnel entre en contradiction avec la prévision raisonnée et rigide du travail faite par les gestionnaires:

Nos observations surprendront sans doute plus d'un gestionnaire, car apparaissent ici à la fois les tâches planifiées, mais aussi celles qui découlent du contexte social dans lequel les premières s'exécutent, ce qui occasionne souvent un dépassement de tâches tel que prévu dans le cadre de la gestion rationnelle des soins et services. (Cognet, 2002, p. 61)

Or, ce glissement du travail prescrit ou planifié vers un dépassement des tâches s'exécute souvent de manière subtile. Il correspondrait à un acte spontané gouverné plutôt « sous l'emprise des émotions que de la réflexion » (Cognet, 2002, p. 75). Par conséquent, le don pourrait se dissimuler sous des dépassements dont la mesure variera. Dans son étude de terrain chez des intervenantes à domicile, Cognet (2002) observe que le dépassement peut aller de services de quelques minutes à un prolongement de la visite au-delà des soins formels. Ainsi, « les dépassements de services sont réalisés spontanément ou en réponse à la demande du client. Ce sont bien sûr des tâches matérielles et concrètes, mais aussi une façon de faire, de parler, d'être » (Cognet, 2002, p. 70; Boivin, 2014).

Enfin, d'autres auteurs, dont Dussuet (2011) et Lallement (2007), semblent se distancier de cette vision du don qui laisse supposer la spontanéité d'une action, comme si elle était naturelle ou qui viendrait de soi. Pour eux, cette définition romantique et idéalisée du travail de *care* tend à dissimuler la complexité de la tâche émotionnelle qui se cache derrière. Sur cette invisibilité des compétences, Lallement (2007, p. 74) écrit: « [...] l'amour et la compassion ne nourrissent pas spontanément l'action de celles et ceux qui ont pour métier de prendre soin d'autrui. » Par conséquent, pour ces auteurs, les dépassements spontanés sont en fait un travail associé au savoir-être sous-entendu dans l'éthique des soins et sans lequel la relation de service ne pourrait exister. Autrement dit, le don selon Cognet (2002) serait l'expression d'un « savoir-être » que Lallement (2007) et Dussuet (2011) interprètent plutôt comme une tâche supplémentaire, puisqu'elle ne serait pas prise en compte par la rationalité gestionnaire.

De plus, si le don paraît normalement exister en dehors de la sphère du travail, puisque n'étant pas un service rémunéré, Cognet (2002) appuie son concept sur les similitudes qu'elle retrouve entre les philosophies du *care* et du don. Selon Godbout (cité par Cognet, 2002), le don s'exprimerait dans un espace situé hors des sphères sociales d'activités courantes, telles que les sphères domestique, étatique ou marchande. Par exemple, les services des groupes d'entraide soutenus par des bénévoles sont le résultat d'une philosophie où ils « donnent sans compter ». À cet effet, Cognet (2002) y voit un lien avec les travailleuses du *care*:

La part de leur activité qui ne relève pas des tâches prescrites paraît bien s'immiscer entre, d'un côté l'État et le marché et de l'autre le domestique, instaurant un autre espace, coexistant, mais parallèle à ces derniers, avec sa logique propre et son modèle relationnel. (2002, p. 73)

En outre « [le] dépassement des services de soins échappent au contrôle et au rapport marchand pour s'actualiser dans un contexte de gratuité » (Cognet, 2002, p. 74). De plus, les gestionnaires du secteur de la santé seraient peu préoccupés par les dépassements quotidiens dans le travail:

Pour l'État et ses intermédiaires hiérarchiques comme pour les investisseurs du marché [tel que le sont les agences privées], le travail supplémentaire des intervenantes assure une valeur ajoutée qui leur coûte d'autant moins que son maintien hors du formel leur garantit de ne pas avoir à en négocier le prix sur la place publique. Pour la société, le travail de ces femmes et *a fortiori* celui qu'elles ajoutent au titre du don pallient le retrait de l'État-providence. (Cognet, 2002, p. 75) (Nos soulignements)

En somme, le travail gratuit s'actualise ici dans le silence et la complaisance. Travail réel, mais non prescrit, il prend alors la forme de petits débordements (don) ou de tâches supplémentaires dans le travail quotidien de celles qui interviennent auprès d'un autrui vulnérable. Voyons maintenant comment le travail gratuit se manifeste dans la personnalisation du service.

ii. La personnalisation du service

La seconde manifestation du travail gratuit recensée au sein de la littérature consultée est celle qui survient par la personnalisation du service de soins. Le travail de *care* de par « l'irruption de la figure d'un tiers (le client, l'usager...) dans la relation de travail » (Lallement, 2007, p. 75)

a cette particularité qu'il ne peut se limiter à une description objective et programmée à l'avance des gestes qui seront accomplis. En effet, l'infirmière dans son travail doit user de jugement et de tact dans le but d'adapter ses interventions techniques aux patients qui se trouvent en face à d'elle. Ainsi, « produire un service “ personnalisé ” signifie d’abord tenir compte de ses effets sur son destinataire, agir en prêtant attention à ses réactions et en rectifiant en continu son intervention » (Dussuet, 2011, p. 106). De plus, le travail relationnel, tel que celui des soins infirmiers, nécessite des professionnelles qu'elles sachent « tenir la bonne distance », c'est-à-dire qu'elles montrent une empathie qui soit suffisante pour d'un côté apaiser les patients, et de l'autre ne pas être affectées personnellement par des situations qui se présentent à elles (Lallement, 2007). Ainsi, la personnalisation du service requiert des compétences cognitives qui diffèrent de celles d'autres professions: « certes, tous les travaux réclament une part de charge mentale, mais la spécificité ici consiste à intégrer en continu les répercussions sur autrui du travail accompli » (Dussuet, 2011, p. 106). En effet, l'auteure en citant Gadrey (1992) affirme:

Les analyses de l'économie des services mettent en évidence une spécificité importante de la production des services par rapport à celle de biens matériels qui tient à la mise en relation entre le producteur et le consommateur indispensable à la production du service. (Dussuet, 2011, p. 106)

Autrement, dans ses interventions quotidiennes, l'infirmière ne doit cesser de prêter une attention particulière à l'autre, elle doit veiller à ajuster ses comportements pour adopter des gestes qui soient en concordance avec la situation. En outre, elle doit également s'assurer de réguler ses propres émotions afin de diffuser une image qui soit rassurante tout en évitant d'être trop affectée par ce qu'elle vit au quotidien (Benelli et Modak, 2010).

Par conséquent, la personnalisation du service est une composante essentielle au travail infirmier où la relation avec autrui est presque constante. Cependant, si elle verse dans le travail gratuit c'est sans doute parce qu'elle manque de reconnaissance. En effet, ce type de « compétence n'a [normalement] d'existence qu'à travers des manifestations concrètes observables *in situ* » (Lallement, 2007, p. 77). Or, si le seul moyen de la reconnaître est peut-être d'y assister, le travail de la personnalisation du service se vit et se perçoit dans un univers où la mesure est pratiquement impossible, car elle est infiniment subtile, discrète et subjective.

À cet effet, Benelli et Modak (2010), en souhaitant évaluer la production du *care* dans les pratiques d'assistantes et d'assistants sociaux, ont vite été confrontées à cette invisibilité des gestes d'écoute, d'empathie ou de sollicitude. Elles concluent:

Si le *care* est visible actuellement, c'est surtout en tant que valeur éthique à promouvoir contre le “ tout économique ” et non comme un travail indispensable au bien-être général d'une société, qu'il est important de saisir aussi dans son économie émotionnelle, laquelle incombe essentiellement à la personne en charge. Ce rejet du travail émotionnel sur l'individu caractérise le processus de professionnalisation des métiers qui valorise principalement l'acte technique visible, donc mesurable, et délègue dans la sphère privée et l'intimité subjective ses aspects non mesurables, donc sans valeur marchande. Songeons ici à tout ce qui, dans le travail, sollicite la sensibilité, le ressenti émotionnel du ou de la professionnel-le, autrement dit ses dispositions naturalisées. (Benelli et Modak, 2010, p. 56)

Ainsi, les qualités et compétences de la personnalisation du service semblent être difficilement mesurables et donc elles se retrouvent confrontées à des difficultés quant à leur reconnaissance. Par ailleurs, les auteures avancent que ce serait entre autres par leur assimilation à des dispositions naturelles qu'elles pourraient être maintenues dans l'invisible. En effet, le travail gratuit se distingue ici, puisqu'il serait celui de l'expression « d'une forme d'externalisation des fonctions remplies par les femmes dans le cadre familial à travers le travail domestique non rémunéré » (Dussuet, 2011, p. 103). La personnalisation du service dans le travail de *care* est donc marquée par cette image « de l'idéal maternel (don, amour, responsabilité sans limites) » (Benelli et Modak, 2010, p. 41) qui a été assigné aux femmes dans la sphère privée. Ainsi, naturalisé, il permet « [d']occulter ici aussi la dimension de travail contenue dans le terme *care* » (Benelli et Modak, 2010, p. 40). Autrement dit, il entraîne l'absence de reconnaissance pour un travail qui n'est pas toujours envisagé comme tel.

Le dernier élément que nous avons pu recenser dans la littérature comme une manifestation du travail gratuit des infirmières prend la forme de l'obligation morale.

iii. L'obligation morale

La dernière manifestation du travail gratuit est celle que pourrait impliquer l'obligation morale inhérente au travail relationnel dans un contexte d'aide ou de soins à la personne. En effet,

selon Benelli et Modak, « [l]es pratiques de *care*, portées par le souci de répondre aux besoins d'un autrui vulnérable, impliquent une charge mentale, émotionnelle et éthique qui se traduit en une spirale d'obligations difficilement limitables » (2010, p. 43). Ainsi, le travail des infirmières induit une relation entre une personne offrant des soins à une autre personne qui en bénéficie. La position d'iniquité ou de déséquilibre pouvant exister entre ces deux personnes explique l'existence de codes déontologiques qui visent, ici, la protection des receveurs de soins. À cet effet, le code déontologique est donc le véhicule de transmission des responsabilités imputables aux professionnels et de principes éthiques sous-jacents à celles-ci (Meagher, 2006). En outre, les deux principes éthiques à la base de tout soin sont ceux de la bienveillance et de la non-malfaisance. De plus, « these principles of bioethics recognize and define the moral obligation on the part of nurses to further the welfare, health, and well-being of their patients » (Schroeter, 2008, p. 3). Cependant, certaines auteures (Meagher, 2006; Cognet, 2002; Dussuet, 2011) rapportent que les obligations morales, qui sous-tendent actuellement le travail du *care* en étant fondées sur un modèle de l'amour familial, amènent notamment à rendre invisible les compétences mobilisées par les infirmières, mais aussi par les autres travailleuses du *care*.

Dans son texte *What can we expect from paid carers ?*, Meagher (2006) s'intéresse aux obligations morales (*moral bonds*) sur lesquelles reposent le travail des soignants et la relation qu'ils entretiennent avec la clientèle, puisqu'elles semblent avoir un impact considérable sur la satisfaction du public quant à la qualité des soins donnés. Ainsi, selon l'auteure, pour la plupart des personnes, l'on attendrait des relations engendrées par le *care* rémunéré qu'elles soient empreintes et motivées par l'amour, celui-là même sur lequel se fonderaient les relations dans cet idéal du modèle familial. En effet, pour les individus, l'image de la famille et des relations qui s'y nouent semble être la référence en matière du travail rémunéré du *care*. Et ce même si plusieurs recherches montrent, selon Maegher (2006), que l'amour n'est pas le seul élément qui motive les relations familiales, autrement dit qu'il existe une idéalisation du *care* relatif à la sphère privée. L'auteure citant Stone:

For people in all fields of caring work and at all levels of “publicness ” the standard of good care they carry around in their heads is an image of the care given in good family relationships. Public care, care by strangers, care by people who do it as a job rather than as a family connection—that kind of care is

regarded as second best. (2000, cité dans Maegher, 2006, p. 36)

Cependant, pour Meagher, il semble irréaliste de s'attendre à un engagement aussi important de la part des soignants:

Paid care does not normally involve “ natural ” time-unlimited bonds between the carer and the recipient of care, at least at the outset, and in the majority of cases, ever. Thus, relying primarily on feelings to motivate paid carers to do their jobs well seems unrealistic. (2006, p. 37)

À cet effet, l'auteure cite certaines études féministes, mais d'autres également, évoquant les effets néfastes qui peuvent être engendrés par ce type d'attentes face au travail rémunéré du *care*. Ainsi, les idéaux familiaux attendus contribueraient à la dévalorisation sociale, ainsi qu'à l'invisibilité, de certaines compétences mobilisées dans le *care*, « because their skills are “ naturalized ” as feminine attributes typically exercised in the private domain, care workers, the vast majority of whom are female, receive lower pay than their skills and tasks warrant » (Meagher, 2006, p. 37). En outre, cette intrusion de la sphère privée véhiculant des idéaux familiaux dans la sphère publique au sein du travail du *care* rémunéré empêcherait que d'autres ressources, externes à celles projetées dans le modèle familial, puissent être considérées comme contribuant tout autant à la qualité des soins.

Par ailleurs, Cagnet (2002) abonde dans le sens des recherches féministes citées par Meagher (2006) alors qu'elle perçoit comme potentiellement problématique cette infiltration de la sphère domestique dans le travail professionnel. En effet, les travailleuses du *care* « en s'échappant du registre professionnel pour un registre plus personnel » (Cagnet, 2002, p. 75) permettraient en quelque sorte que leur travail, et il va sans dire leurs compétences, versent dans l'informel. À cet effet, c'est donc ici sous le statut du genre que l'obligation morale supportant le travail du *care* agit. Dussuet écrit:

C'est cette “ posture ” qui a été acquise par les femmes dans la sphère privée et qu'elles réinvestissent dans leur travail salarié. Mais parce que la posture de la mère, dans l'espace privé domestique en constitue le type, celle-ci est perçue comme “ naturellement féminine ” Cela ne veut pas dire que les femmes soient les seules capables de l'adopter, ni que les femmes aient une attitude morale différente de celles des hommes, mais que c'est aux femmes principalement, du fait de leur assignation à la sphère privée, que s'adresse l'obligation sociale de

donner, caractéristique de cette sphère, et qui se traduit par l'injonction d'aider les autres. (2011, p. 108) (Nos soulignements)

Meagher (2006), qui consacre une grande part de son texte à évaluer les ressources normatives sur lesquelles pourraient reposer les soins en remplacement du modèle familial, invoque qu'il est nécessaire d'outrepasser le modèle actuel qui fonde le travail du *care* d'abord et avant tout sur l'affection et les sentiments des personnes qui soignent. Pour l'auteure, l'accent doit être porté davantage sur une compréhension cognitive comme fondement des relations du *care*. Il ne s'agit pas pour elle de nier la présence ou même l'importance que les sentiments peuvent prendre dans le travail du *care*, mais plutôt d'affirmer qu'ils ne sont pas la condition *sine qua non* à la qualité de celui-ci.

We need to encourage care workers to reflect on and value their caring motivations as skills or virtues, rather than (or as well as) as interpersonal responses modeled on family or other private sphere relationships such as friendship. (Meagher, 2006, p. 48)

Enfin, toujours selon Meagher (2006), les organisations dans lesquelles le *care* est pratiqué actuellement expriment des difficultés à permettre une vision plus professionnelle du *care*. Ainsi les études révéleraient différentes lacunes telles que: « [the] lack of recognition of the demands and skills of care work, including invisibility of responsibility and decision making; [...]; and defining relationship building activity as outside job descriptions and workloads are frequently cited problems » (Meagher, 2006, p. 49).

En somme, le travail rémunéré du *care* et les relations interpersonnelles auxquelles il laisse place ne doit plus reposer sur des obligations morales motivées par l'amour ou la pitié (Meagher, 2006). L'engagement et les demandes qu'un travail fondé sur ce modèle requièrent des travailleuses du *care*, telles les infirmières, est trop impliquant. Par ailleurs, il porte d'une part à dévaloriser et d'autre part à rendre invisible certaines des compétences requises par le *care*.

En conclusion, nous venons de constater qu'un travail gratuit peut se manifester sous différentes formes. En effet, la littérature consultée et citée démontre qu'une certaine méconnaissance sociale et peut-être même organisationnelle existe quant aux compétences

mobilisées dans le travail du *care*. À cet effet, ce travail vacillerait encore souvent dans une autre sphère, celle du don, alors que plusieurs travailleuses effectueraient un travail qualifié de supplémentaire et non reconnu. De plus, le travail relatif à la personnalisation du service de soins, celui de savoir tenir la bonne distance, d'agir au moment opportun, de trouver les mots justes, tout ce travail semble encore souffrir d'un manque de reconnaissance. Par ailleurs, l'obligation morale qui sous-tend le *care* étant modelée sur un idéal familial engendre une certaine confusion entre le domaine privé et public. Il s'agit dès lors de revaloriser les compétences des professionnelles du *care*, ainsi que de les circonscrire aux seuls objectifs visés par le travail rémunéré afin d'éviter les débordements du travail des infirmières.

Dans la prochaine section du chapitre, nous verrons les différentes manifestations de l'invisibilité au travail lorsqu'elle surgit de la flexibilisation des temps de travail.

En résumé, le travail gratuit est défini par trois dimensions le caractérisant, soit le don de soi, la personnalisation du service et l'obligation morale. Ces dimensions constituent à la fois des tâches et des compétences du travail infirmier pour lesquelles aucune reconnaissance ni sociale ni organisationnelle n'est accordée.

B. L'obligation de disponibilité implicite

Dans cette section, nous traiterons de l'un des effets entraînés par la flexibilisation des temps de travail, soit celui de la disponibilité temporelle. Selon Lallement (2007, p. 80), « cette disponibilité n'est pas qu'une pure contrainte [pour les travailleuses], elle a aussi statut de compétence non reconnue ». Autrement dit, sous le phénomène de la disponibilité temporelle dans le secteur des services aux personnes, déclinée par l'auteur comme pouvant prendre l'apparence d'une mobilisation permanente selon les besoins, d'un morcellement du travail ou encore de séquences de travail non rémunérées, se cache une invisibilité du travail ou du moins une « disponibilité invisible ». À cet effet, l'obligation de disponibilité implicite, qui sera abordée dans les prochaines pages, se pose alors comme une contrainte invisible pesant sur les infirmières. Plus particulièrement, nous nous intéresserons à quatre moments critiques ou susceptibles d'accueillir le phénomène, soit les périodes de pause-repas (iv), les périodes de

chevauchement entre les quarts de travail (v), les périodes relatives aux heures supplémentaires obligatoires (vi) et les périodes en service commandé (vii). Toutefois, nous débuterons avant tout la présente section par une présentation de certaines des limites actuellement présentes dans la loi relativement à la définition du temps de travail (i). Celles-ci nous amèneront à la présentation des concepts de l'obligation de disponibilité (ii), puis de l'obligation de disponibilité implicite qui en découle (iii).

Par ailleurs, il est nécessaire de préciser que l'intérêt porté ici à ce phénomène encore peu documenté de l'obligation de disponibilité s'explique par des recherches récentes (Vallée, 2010; Bruno, 2015; Genin, 2016; Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016) ayant notamment permis de mettre au jour à partir de la jurisprudence de nombreux exemples des manifestations de celui-ci. Notre revue de littérature pour cette dernière section concernant les manifestations de l'obligation de disponibilité chez les infirmières sera fortement influencée par le mémoire de Bruno (2015), puisqu'il nous sert d'assise notamment quant au repérage des moments critiques d'une obligation de disponibilité, même si ce mémoire ne portait pas uniquement sur le cas des travailleuses dans le domaine de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, le mémoire de Bruno (2015) visait avant tout l'analyse de la législation portant sur l'indemnisation des lésions professionnelles en contexte d'obligation de disponibilité, ce qui n'est pas notre cas. Toutefois, son analyse jurisprudentielle aura permis d'illustrer, à partir des faits rapportés dans les décisions à l'étude, des types d'obligations de disponibilité. Ainsi, nous nous servirons de ceux concernant plus proprement les infirmières.

i. Les limites de la notion juridique du « temps de travail »

Le temps du travail a toujours servi à séparer les périodes où les travailleurs étaient réputés au travail de celles où ils étaient libres de leur temps. Ce temps de travail était également celui pour lequel les salarié-es recevaient une rémunération. Et, à cet effet, le temps de travail servait de repère à l'organisation du travail dans la société industrielle (Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016; Genin 2016).

Cependant, le cadre organisationnel et juridique, autour du temps de travail, semble désormais peu adapté aux nouvelles formes d'organisations du travail, ainsi qu'aux nouveaux statuts d'emplois. En effet, la mise en lumière du phénomène de l'obligation de disponibilité révèle plusieurs situations où les salarié-es sans être réputés au travail ne sont pas pour le moins libres de leur temps en se retrouvant dans une situation où ils sont tenus d'être disponibles pour répondre à une éventuelle demande de travail de l'employeur. De manière générale, ces périodes de temps, qualifiées de zones grises, ne peuvent être considérées comme un temps de travail, si elles ne répondent pas aux conditions d'application déterminées à l'article 57 de la *Loi sur les normes du travail*¹. De plus, Vallée et Gesualdi-Fecteau (2016) observent que dans la majorité des cas, les salarié-es en période d'obligation de disponibilité ne reçoivent en échange aucune rémunération pour le bris de leur liberté. Par ailleurs, ce fait a été observé majoritairement dans les cas où l'obligation de disponibilité n'était pas explicite, c'est-à-dire dans les cas où elle ne faisait pas l'objet d'une demande claire et précise de la part de l'employeur. Autrement dit, l'obligation de disponibilité implicite dont nous traitons plus particulièrement dans notre mémoire est donc sujette à n'être ni reconnue ni rémunérée.

Ainsi, l'article 57 de la L.n.t. est formulé comme suit:

Un salarié est réputé au travail dans les cas suivants:

- 1° lorsqu'il est à la disposition de son employeur sur les lieux du travail et qu'il est obligé d'attendre qu'on lui donne du travail;
- 2° sous réserve de l'article 79, durant le temps consacré aux pauses accordées par l'employeur;
- 3° durant le temps de déplacement exigé par l'employeur;
- 4° durant toute période d'essai ou de formation exigé par l'employeur.²

À cet effet, la jurisprudence a déterminé trois conditions d'applications qui permettent l'interprétation du paragraphe 1 de cet article de la L.n.t.:

1. le salarié doit être à la disposition de son employeur ;
2. le salarié doit être sur les lieux du travail ; et
3. le salarié doit être obligé d'attendre qu'on lui donne du travail.³

¹ *Loi sur les normes du travail*, RLRQ, c. N-1.1 (ci-après « L.n.t. »)

² L.n.t., art. 57

Selon ces critères, un salarié-e qui se mettrait volontairement à la disposition de son employeur ne pourrait pas être réputé en temps de travail, car « le caractère obligatoire de la disponibilité est un facteur déterminant »⁴.

Toutefois, la jurisprudence a déjà interprété dans d'autres cas que des facteurs contextuels liés au travail peuvent avoir été suffisants pour agir au titre d'obligation, et ce, bien que l'employeur n'en ait pas fait la demande. Ainsi, afin de reconnaître si le contexte du travail imposé par l'employeur est susceptible d'engendrer une obligation de disponibilité, la jurisprudence a déjà tenu compte des éléments suivants: l'horaire de travail, la nature des activités de l'organisation et la quantité de travail à exécuter selon une période donnée (Bruno, 2015). En effet, il s'agit dans ces cas d'évaluer la contrainte réelle qui pèse sur les salariés puisqu'elle est fortement susceptible de les inciter à effectuer le travail nécessaire. Cependant, il demeure que peu importe les circonstances, un salarié-e pour être réputé au travail doit se trouver sur les lieux du travail. Nous pouvons donc croire que cet élément a pour effet d'exclure directement toutes situations d'obligation de disponibilité où le salarié serait à son domicile, dans sa voiture ou dans tout autre lieu où il reste à la disposition d'une éventuelle demande de son employeur si celui-ci le requiert.

En outre, ces barèmes législatifs quant à la reconnaissance du temps de travail ont pour effet de limiter la possibilité que les périodes de disponibilité soient reconnues et protégées par les droits du travail. En effet, « the obligation to be available appears to be inadequately grasped by the labour law standards that regulate work and working hours » (Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016, p. 358). De plus, en l'absence de toute reconnaissance légale, il est d'autant plus probable qu'un certain aveuglement volontaire chez les employeurs quant aux conditions de travail imposées aux salariés-es facilite finalement l'existence d'un travail gratuit puisqu'elles contraindront souvent les salariés à effectuer des tâches sur leur temps personnel.

³ CNESST. *Normes du travail, p. Guide interprétation et jurisprudence*. En ligne <http://www.cnt.gouv.qc.ca/guide-interpretation-et-jurisprudence/partie-i/la-loi-sur-les-normes-du-travail/les-normes-du-travail-art-391-a-97/la-duree-du-travail-art-52-a-5901/57/index.html>

⁴ *Ibidem*.

Quoi qu'il en soit, durant les périodes d'obligation de disponibilité, les salariés-es ne sont pas complètement libres de leur temps, et à cet effet, il semble que le vide juridique existant leur soit nuisible. En effet, selon Vallée et Gesualdi-Fecteau (2016), l'obligation de disponibilité offre la possibilité aux employeurs d'exercer un contrôle sur le temps de leurs salariés, de manière à ce que ceux-ci soient disponibles selon leurs besoins, et ce, sans devoir en payer le prix. De plus, la disponibilité accrue imposée aux salarié-es rend désormais caduques les protections que la loi avait de prime abord mises en place en réglementant le temps de travail.

Ainsi, nous poursuivrons sur les concepts de l'obligation de disponibilité et de l'obligation de disponibilité implicite.

ii. L'obligation de disponibilité

L'obligation du salarié d'être disponible pour son employeur n'est pas un fait nouveau. En effet, cette obligation est instituée au sein même du contrat de travail et le salarié a l'obligation de se rendre disponible à l'exécution de son travail lors du temps prévu à celui-ci. Ainsi, comme nous l'avons vu dans la section précédente, la frontière entre le temps de travail et le temps personnel constituait alors la limite implicite à cette obligation. À cet effet, la législation n'a jamais encadré directement l'obligation de disponibilité, puisque c'est plutôt la durée du temps de travail et celle du repos qui ont été réglementées (Vallée, 2010).

Cependant, ce modèle dominant durant l'ère industrielle, soit celui d'une séparation bien définie entre les deux temps majeurs de la vie, celui du travail et celui personnel, n'est plus viable. Les organisations afin de répondre aux impératifs du marché ont imposé de nouvelles normes d'organisation du travail. Notamment, la flexibilité du temps de travail requiert des travailleurs une disponibilité temporelle accrue. Le temps de travail n'est alors plus aussi uniforme et linéaire que par le passé (Grossin, 1998). Par conséquent, la frontière entre le temps de travail et le temps de repos en a subi les contrecoups devenant maintenant plus floue, et moins nette. À cet effet, « l'existence d'un *troisième temps* où le salarié ne travaille pas et

n'est pas rémunéré tout en étant subordonné à une éventuelle demande de l'employeur » (Vallée, 2010, p. 11; Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016) a été constatée dans de récentes recherches. Désormais, l'obligation d'être disponible pour la seule période prévue au contrat de travail n'est plus aussi étanche. En effet, l'éventualité d'une subordination de l'employeur s'est transportée au-delà de ce temps formel de travail et même parfois au-delà des lieux du travail.

Par ailleurs, sous cette intensification du travail, les formes de l'obligation de disponibilité se sont multipliées variant toutefois selon la nature du travail et le statut de l'emploi (Vallée, 2010; Bruno, 2015). En effet, dans la quête vers une plus grande flexibilisation, de nouveaux statuts d'emplois *non standards* sont apparus sur le marché du travail: temps partiel, temporaire, occasionnel, contractuel ou sur appel (Vallée, 2010; Genin, 2015). À la prédominance des emplois à temps plein offrant une certaine sécurité d'emploi aux salariés a succédé l'abondance des emplois sans réelle garantie d'heure transférant cette sécurité vers les employeurs, puisqu'ils disposent désormais d'« une main d'œuvre disponible et rapidement mobilisable » (Vallée, 2010, p. 16).

En outre, les effets de la flexibilisation de la disponibilité sont considérables. En effet, celle-ci soumet le travailleur « au bon vouloir de l'employeur » engendrant un déséquilibre dans les relations de travail (Vallée, 2010, p. 33). Elle demande plus à l'une des parties qu'à l'autre. À cet effet, « elle confère aux employeurs un pouvoir de disposer du temps du salarié et ce, sans contrepartie » (Vallée, 2010, p. 33). En somme, elle prive les salariés d'une liberté chèrement acquise au cours du dernier siècle. Également, en posant de nouveaux barèmes en matière de conditions de travail, elle rend questionnable la définition juridique attribuée au temps de travail, car celui-ci n'est plus aussi homogène que par le passé. En parallèle à cette question surgit celle de la pleine et juste rémunération des salariés lorsqu'ils sont soumis à cette obligation de disponibilité (Vallée et Gesualdi-Fecteau, 2016).

Enfin, dans le secteur de la santé et des services sociaux, une obligation de disponibilité pour les infirmières aurait été décelée lors de quatre moments (pauses-repas, chevauchement de quart, heures supplémentaires, service commandé) qui seront détaillés dans les prochaines pages. De plus, selon Bruno (2015), il semble que durant ces périodes, l'obligation de

disponibilité puisse prendre plus d'une forme, dont celle modulée par son caractère implicite. Ainsi, nous nous attarderons principalement à l'obligation de disponibilité implicite dans ce mémoire puisqu'elle semble être la forme la plus répandue dans le secteur des soins de santé.

iii. L'obligation de disponibilité implicite

Nous venons de définir l'obligation de disponibilité comme une période de temps durant laquelle le salarié se retrouve à la disposition de son employeur, donc sous sa subordination, mais sans recevoir de rémunération en contrepartie, car aucune prestation de travail n'est concrètement exécutée. De plus, selon Bruno (2015), l'obligation de disponibilité affecte tous les salariés, quel que soit leur assujettissement temporel au travail, mais elle variera en fonction de la nature du travail et de la relation d'emploi du salarié.

Si l'obligation de disponibilité révèle parfois un caractère explicite, par exemple, lorsqu'une demande formelle de l'employeur contraint les salariés à rester sur les lieux de travail durant leur temps de pause, elle peut également prendre une forme plus subtile (Bruno, 2015). En effet, il arrive, et c'est le cas nous le croyons pour les infirmières, que la nature du travail ou les contraintes du milieu de travail imposent une obligation pour les salariés de rester à disposition durant ces périodes qui ne sont pas du temps de travail. Dans ces cas, « l'obligation de disponibilité du salarié n'est pas formellement exigée par l'employeur et découle plutôt d'une entente entre les salariés. Elle fait partie des usages de l'organisation. Néanmoins, même si l'employeur n'exige pas concrètement la disponibilité de ses salariés, il bénéficie toutefois de celle-ci » (Bruno, 2015, p. 127). Selon l'auteure, l'actuelle situation de pénurie de la main-d'œuvre, dans le secteur de la santé québécois, explique notamment le sentiment « d'obligation » que ressentent les infirmières vis-à-vis de leurs collègues. De plus, le manque de personnel est également susceptible d'entraîner une intensification de la charge de travail. Dans l'une ou l'autre des situations, les travailleuses se retrouvent devant une situation où elles doivent choisir entre leurs droits de salariées et les risques de ne pas pouvoir assurer des soins de qualité auprès des patients.

Ainsi, l'obligation de disponibilité implicite est en soi une contrainte invisible qui a l'effet d'un poids permanent sur les salariés-es. En effet, leurs comportements et leur liberté seront affectés et réglés en fonction de celle-ci. De plus, le choix devant lequel les travailleurs-euses se retrouvent est susceptible d'engendrer un sentiment de culpabilité ou celui de ne pas être à la hauteur dans son travail. Enfin, l'obligation de disponibilité implicite représente un envahissement psychologique, parfois même physique, de la vie personnelle. Par ailleurs, l'employeur tirerait avantage de l'obligation de disponibilité implicite, car elle résultera souvent en l'accomplissement de tâches liées au travail, mais hors des périodes de temps alloué à ce travail rémunéré.

L'obligation de disponibilité implicite est susceptible de se manifester au sein du travail des infirmières lors de quatre moments particuliers, soit lors des périodes de pauses-repas (iv), lors des périodes de chevauchement entre les quarts de travail (v), lors des demandes pour les heures supplémentaires (vi), ainsi que lors des périodes en service commandé (vii) (Bruno, 2015). Nous passerons donc en revue ces manifestations de l'obligation de disponibilité implicite qui nous permettront d'une part de justifier sa présence, et d'autre part de démontrer son manque de reconnaissance.

iv. La période de pause-repas

La période de pause-repas est un temps au cours duquel, à moins qu'il ne soit rémunéré par l'employeur, le salarié peut disposer librement de cette période, car il n'a pas l'obligation de rester à son poste. Une période de pause-repas est par ailleurs prévue en vertu de l'article 79 de la *Loi sur les normes du travail* (L.n.t.) après plus de cinq heures de travail consécutives. Cependant, si l'employeur prévoit une indemnisation pécuniaire pour cette période, alors l'obligation pour le salarié est de se rendre disponible au travail, car il est alors considéré au travail. Pensons, par exemple, à un travailleur qui devrait prendre son repas tout en restant à son poste de travail pour répondre à d'éventuelles demandes de la clientèle.

Certains extraits de la jurisprudence analysée par Bruno (2015) permettent de mettre en lumière que l'obligation de disponibilité implicite chez les infirmières se manifesterait

majoritairement durant cette période de la pause-repas alors qu'elles « se sentent obligées de rester disponibles lors de leurs pauses pour seconder leurs collègues en cas d'urgence » (p. 126). Le manque de personnel explique le sentiment de solidarité entre les travailleuses qui décident, sans qu'on leur ait demandé, de rester en poste alors qu'elles ne sont pas rémunérées pour le faire. Mais ont-elles vraiment un autre choix ? La commissaire Renée M. Goyette dans *CLSH-CHSLD de Rosemont c. Moffet* juge qu'on ne peut seulement tenir compte du fait que le personnel infirmier n'ait pas l'obligation de rester sur les lieux de travail durant leur pause-repas. En effet, selon ces propos:

« [L]e fait que la pause-repas ne soit pas rémunérée et que le personnel n'est pas obligé de demeurer sur le lieu n'est pas déterminant. Le tribunal doit analyser et apprécier ces paramètres en tenant compte de l'ensemble des circonstances entourant cet événement particulier. »⁵

Par ailleurs, dans ces circonstances particulières, la nature du travail des infirmières doit être prise en compte comme une spécificité qui, combinée à un manque de personnel, explique parfois l'obligation de celles-ci à rester à leur poste. La juge Michèle Juteau dans l'affaire *Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis c. Fonbuena* affirme:

«Par ailleurs, même si la travailleuse n'était pas rémunérée pour l'heure du repas, il est en preuve que les exigences particulières aux soins intensifs font que les infirmières de cette unité prennent leur repas sur place pour être disponibles en cas d'urgence et lorsque les patients sont admis à la suite d'une intervention chirurgicale. Cela est une pratique usuelle. À cet égard, le témoignage de la travailleuse est corroboré par celui du témoin Steeve Birbatakos, infirmier aux soins intensifs et président du syndicat. »⁶ (Nos soulignements)

Le manque de personnel et la nature de l'emploi n'expliquent pas à eux seuls que les infirmières prennent la décision de rester disponibles en cas d'urgence. En effet, selon Bruno (2015), l'obligation de disponibilité implicite s'explique également par le fait que le temps alloué aux pauses-repas serait trop restreint pour permettre aux salariés de quitter les lieux de l'établissement. Ainsi, « s'il est vraisemblablement impossible de quitter et de revenir sur les lieux du travail à l'intérieur de la période de temps allouée pour la pause-repas, le travailleur

⁵ *CLSH-CHSLD de Rosemont c. Moffet*, 2009 QCCLP 8883, par.43

⁶ *Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis c. Fonbuena*, 2013 QCCLP 2349, par.23

est pour ainsi dire, obligé de demeurer à la disposition de son employeur » (Bruno, 2015, p. 128). L'employeur a donc le devoir de reconnaître les contraintes qu'il choisit d'imposer aux salariés. Il ne peut, toujours selon la commissaire Renée M. Goyette, se décharger complètement des conséquences que celles-ci engendrent:

« L'employeur ne peut se soustraire aux responsabilités afférentes à cet avantage en alléguant que la présence du travailleur n'est pas obligatoire pendant la pause-repas non rémunérée alors que la durée est insuffisante pour permettre au personnel de prendre son repas à l'extérieur. En accordant une courte période de repas non rémunérée, le personnel est captif et contraint de demeurer sur les lieux de travail durant la pause-repas. Ainsi, la prise de la pause-repas dont la durée est insuffisante pour permettre au personnel de se rendre à l'extérieur prendre un repas, devient implicitement obligatoire sur les lieux de travail. »⁷

Enfin, le contexte particulier au secteur de la santé et des services sociaux dans lequel exercent les infirmières est particulièrement vulnérable à l'apparition d'une obligation de disponibilité implicite. Les périodes de pauses-repas non rémunérées deviennent ainsi des moments où les infirmières se retrouvent coincées entre les besoins des patients, ceux de leurs collègues et les leurs. La jurisprudence révèle ainsi plusieurs cas où celles-ci choisissent, sans vraiment avoir d'autre choix, d'empiéter sur leur temps personnel alors qu'elles sont déjà sur les lieux de travail et que tous les poussent à le faire.

Voyons maintenant une seconde manifestation de l'obligation de disponibilité implicite qui est susceptible de survenir dans le contexte du travail des infirmières.

v. Le chevauchement entre les quarts de travail

L'analyse jurisprudentielle de l'obligation de disponibilité démontre qu'une obligation implicite peut émerger des périodes d'attentes entre deux quarts de travail des salariés (Bruno, 2015). Cette réalité n'est pas selon la littérature une pratique courante dans le milieu de la santé. Cependant, il existe des situations similaires à ces « périodes de battement » dans le quotidien des infirmières.

⁷ *Ibidem*, par.41

À cet effet, les périodes de chevauchement entre les quarts de travail, durant lesquelles les infirmières doivent rester à la fin de leur période de travail afin de transmettre l'information relative aux dossiers des patients à la prochaine équipe d'infirmières, sont une manifestation on ne peut plus claire de l'obligation de disponibilité implicite. Non reconnue pendant longtemps par l'employeur, cette pratique a toujours fait partie d'une entente implicite au sein de la profession. Par ailleurs, Lallement (2007) qualifiant ces périodes comme des « séquence[s] de travail non rémunérées » affirme qu'elles sont communes au secteur de services, et symptomatiques, selon l'auteur, des politiques de flexibilité du temps de travail. Il fournit d'ailleurs en exemple celui des « infirmières qui assurent gratuitement le relais entre équipes » (Lallement, 2007, p. 80).

Ces périodes de transitions entre les quarts de travail ont toujours entraîné un dépassement du temps de travail rémunéré des infirmières. La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), qui représente une grande majorité des professionnelles en soins infirmiers au Québec, en avait d'ailleurs fait l'un de ses chevaux de bataille jusqu'à tout récemment. En 2010, lors d'une entente collective conclue avec le gouvernement, la FIQ⁸ et la CSN⁹ ont finalement obtenu une certaine reconnaissance monétaire pour les périodes de chevauchement.

Nul doute que, parmi les gains les plus importants obtenus par la Fédération, la rémunération de la période de chevauchement est spectaculaire. L'injustice que vivaient depuis toujours les professionnelles en soins lors de la transmission d'informations cliniques au moment de la période de chevauchement interquarts devait cesser.¹⁰

⁸ FIQ (juillet, 2016) Convention collective. Voir Lettre d'entente no 16: Relative au chevauchement interquarts de travail pour certaines salariées. En ligne <http://ancien.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/convention-collective-web-2016-2020-fr.pdf>

⁹ CSN (mars 2011) Convention collective. Voir Lettre d'entente no 43: Relative au chevauchement interquarts de travail pour certaines personnes salariées. En ligne http://www.fsss.qc.ca/download/nego_public/nego_2010_2015/Conv_coll_FSSS_mise_a_jour_version_definitive.pdf

¹⁰ FIQ. (novembre, 2010). Négociation: entente de principe, p. 3 En ligne http://ancien.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/negoFIQ_document-de-consultation-sur-entente_2010-12-06_fr.pdf?download=1

Cependant, la rémunération obtenue couvrant une période de quinze minutes après les quarts réguliers de travail s'applique aux seules infirmières et infirmières cliniciennes travaillant soit dans les centres d'activités où les services sont offerts en continu, c'est-à-dire vingt-quatre heures par jours, et sept jours sur sept, soit dans les centres d'activité où les services sont dispensés sur deux quarts de travail (FIQ, 2010). Les autres professionnelles des soins représentées par la FIQ recevront une prime annuelle de 2 % comme compensation.

Ainsi, les périodes de chevauchement nous semblent des moments propices à laisser place à l'émergence d'une obligation de disponibilité implicite si l'employeur refuse de reconnaître le temps nécessaire à ces activités, qui même si elles ne sont pas directement exercées auprès des patients, sont fondamentales pour assurer la qualité et la sécurité des soins offerts par les équipes de travail. Par ailleurs, les pressions exercées pendant plusieurs années par la FIQ, puis finalement leur gain, montrent qu'un réel problème de disponibilité implicite existe autour des périodes de transition entre les quarts. Ainsi, les infirmières n'étant pas toutes représentées par l'organisation syndicale qu'est la FIQ, et la période de reconnaissance étant tout de même spécifique, nous conservons notre intérêt pour cette manifestation de l'obligation de disponibilité.

Voyons maintenant la troisième manifestation sous laquelle une obligation de disponibilité implicite peut se manifester dans le travail des infirmières.

vi. Les demandes pour les heures supplémentaires

Les demandes relatives aux heures supplémentaires se présentent comme une autre manifestation type d'une obligation de disponibilité implicite. Les recherches empiriques sur le temps supplémentaire obligatoire montrent que ce phénomène repose sur une obligation pour les infirmières d'être disponibles pour effectuer des heures de travail en temps supplémentaire. De plus, la recherche jurisprudentielle de Bruno (2015) met de l'avant certains éléments favorisant l'émergence de cette forme d'obligation.

D'abord, dans le secteur de la santé et des services sociaux, un phénomène est apparu en réaction au contexte de pénurie de main-d'œuvre, celui du temps supplémentaire obligatoire. Celui-ci se distingue du temps supplémentaire effectué sur une base volontaire; qui plus est, il n'est pas le fruit d'une mesure circonstancielle ou exceptionnelle. En effet, afin de pallier les impacts de la pénurie d'infirmières, le temps supplémentaire obligatoire est devenu une pratique courante adoptée par les gestionnaires du milieu de la santé (FIQ, 2010). Or, selon Bougie (2007), le processus d'attribution des heures supplémentaires obligatoires pose problème de par son ambiguïté. En effet, de manière générale, le recours au temps supplémentaire passe d'abord par une recherche de volontaires auprès des infirmières présentes sur les lieux du travail, avant de devenir une obligation suivant la liste du tour de rôle selon les conditions prévues aux clauses de la convention collective. Toutefois, selon la FIQ (citée par Bougie, 2007), toute infirmière, qui est d'abord sollicitée de manière volontaire pour du temps supplémentaire, acceptera si elle sait qu'au final elle y sera obligée, particulièrement si aucune relève ne peut assurer les soins après son quart de travail.

Dans ce cas, il semble totalement incongru de considérer ce temps supplémentaire comme effectué de manière volontaire, puisqu'il résulte en fait de pressions imposées par le contexte organisationnel et la nature du travail. Ainsi, « l'exécution d'heures supplémentaires découle d'une obligation de disponibilité sous-jacente » (Bruno, 2015, p. 144). Selon Bruno (2015), plusieurs facteurs organisationnels sont susceptibles d'engendrer cette obligation de disponibilité aux heures supplémentaires, c'est le cas entre autres du manque de personnel, des contraintes marchandes ou d'une obligation de résultat. Dans le cas présent, celui des infirmières, le manque de personnel génère « une surcharge de travail et l'exécution d'heures de travail supplémentaires » (Bruno, 2015, p. 147). De plus, le code de déontologie sur cette question n'est pas particulièrement éclairant, puisqu'il est contradictoire dans la mesure où d'un côté, il requiert des infirmières, qu'elles restent en poste pour assurer la continuité des soins tant qu'une relève n'est pas disponible, et de l'autre, qu'elles n'exercent pas si leur état est susceptible de compromettre la qualité des soins (Bougie, 2007).

Ce paradoxe place alors les infirmières dans des situations où leur décision n'est pas volontaire et pleinement consentie. En effet, les résultats de Bougie et Cara suggèrent que le

temps supplémentaire obligatoire engendre un sentiment de « perte de contrôle, d'emprisonnement et une impression d'être pris en otage » (2008, p. 34). Selon les résultats de Bruno (2015), les heures supplémentaires sont associées à une faible latitude décisionnelle ce qui nous permet de supposer au peu de pouvoir détenu par les salarié-es face aux demandes de temps supplémentaire. Par ailleurs, Charles (2002 cité par Bougie, 2007) affirme que le phénomène du temps supplémentaire obligatoire, tel qu'il existe présentement dans le système de santé au Québec, produit un sentiment de culpabilité chez les infirmières. À cet effet, dans ses entretiens, Bougie (2007) trouve que ce sentiment de culpabilité est plus fréquemment vécu à l'égard des membres de l'équipe de travail s'il s'avère que celle-ci refuse le temps supplémentaire volontaire. En effet, des infirmières vivent un sentiment d'injustice alors qu'elles sont soumises plus fréquemment que d'autres à une obligation de disponibilité aux heures supplémentaires « en raison de leur âge où de leur ancienneté dans l'organisation » (Bougie et Cara, 2008, p. 34). Ainsi, il est possible d'imaginer que des ententes tacites entre collègues existent afin d'éviter que les heures supplémentaires obligatoires soient toujours attitrées aux mêmes personnes.

À l'heure actuelle, le contexte de travail dans le secteur de la santé et des services sociaux caractérisé par une pénurie d'infirmières est particulièrement vulnérable à laisser place à l'existence d'une obligation de disponibilité implicite pour les travailleuses. Par ailleurs, si certains avancent que les demandes relatives aux heures supplémentaires sont acceptées de manière volontaire, il semble plutôt probant qu'un rapport de pouvoir se cache véritablement derrière ce phénomène. En effet, face à ces demandes, les infirmières se retrouvent déchirées de tous côtés entre la morale professionnelle, la culpabilité à l'égard des collègues, et enfin leur bien-être, celui de leur famille, mais aussi celui de leurs patients. L'acceptation des heures supplémentaires serait donc plutôt le résultat d'une résignation face à une réalité professionnelle inévitable.

Voyons maintenant une dernière manifestation possible de l'obligation de disponibilité implicite dans le travail des infirmières.

vii. Le service commandé

Les périodes de service commandé sont définies par Bruno (2015) « comme un état durant lequel le travailleur est mandaté par son employeur pour une mission donnée » (2015, p. 139). Pendant celles-ci, le salarié reste subordonné à son employeur, et ce, même s'il est hors des lieux ou de l'espace-temps dudit mandat de travail. En effet, il importe de considérer qu'un salarié en déplacement pour une mission relative à son travail n'est pas entièrement libre de ses actions. Il demeure que « ses comportements et sa liberté sont alors modulés par ses conditions de travail » (Bruno, 2015, p. 140). Ainsi, le salarié se retrouve soumis à une obligation de disponibilité qui selon les cas sera peut-être plus implicite qu'explicite.

Par ailleurs, l'analyse de la jurisprudence permet à Bruno (2015) de distinguer deux périodes de temps où l'obligation de disponibilité en « service commandé » peut se manifester, soit les périodes de courte durée ou de longue durée. Les périodes relatives au service commandé de courte durée font normalement référence aux moments où le travailleur est en déplacement entre deux prestations de travail. Les périodes considérées comme de longue durée font quant à elles référence aux temps où un salarié est en service commandé dans une région éloignée de son lieu habituel de travail.

Ainsi, il pourrait s'avérer qu'une obligation de disponibilité se manifeste dans le cas des infirmières assignées à domicile, que nous considérons comme en service commandé de courte durée. En effet, celles-ci auront de manière générale à se rendre à plusieurs endroits durant un même quart de travail. Les occasions de déplacements entre les différents lieux de visites sont donc fréquentes, mais nécessaires à l'accomplissement de leur travail. Durant les périodes de déplacement, l'infirmière, qui n'est ni sur les lieux du travail ni occupée à ses tâches premières, n'est malgré tout pas libre de son temps et de ses comportements, ceux-ci étant dictés par les objectifs de son travail. Elle devrait donc normalement être considérée en temps de travail, puisque l'article 57 al. 3 de la L.n.t. reconnaît déjà depuis 2003 que le temps des déplacements ordonnés par l'employeur est un temps de travail. Toutefois, il semble que cela ne serait pas le cas pour toutes les travailleuses du *care* (Boivin, 2014, 2016). En effet, Boivin (2014, 2016) démontrait dans une enquête portant sur les réseaux d'aide à domicile au

Québec que le temps de déplacement entre les différents domiciles des patients de certaines préposées n'étant pas employées directement par le secteur public, mais remplissant les mêmes fonctions, ne serait toujours pas considéré comme un temps de travail:

Since the visit to each user is considered to be work for a different “ employer ” the time spent travelling between different users' homes is not considered to be travel required by the “ employer ” pursuant to the law. (Boivin, 2016, p. 315)

Bruno a aussi constaté que les déplacements induits par le service commandé pourraient engendrer, pour certaines infirmières, une obligation de disponibilité durant des périodes non reconnues comme un temps de travail (Bruno, 2015, p. 139).

Enfin, il peut également survenir que certaines infirmières soient appelées à effectuer du travail lors de périodes en service commandé de longue durée. Durant ces périodes, elles seront alors assujetties à une obligation de disponibilité implicite d'autant plus grande que le fait qu'elles soient en déplacement pour le travail engendre une « mise en disponibilité très importante, voire constante » (Bruno, 2015, p. 142). À la lumière des réalités pouvant être engendrées par les périodes en service commandé de courte et de longue durée, il semble donc pertinent de soulever la possibilité d'une invisibilité du travail des infirmières lors de déplacements professionnels.

En outre, certains espace-temps, comme ceux des périodes de chevauchement ou des pauses-repas, sont propices à l'émergence d'une obligation de disponibilité au travail pour les infirmières. À cet effet, le travail qui serait éventuellement effectué durant ces périodes ne peut pas être entendu comme un travail au sens juridique, puisqu'il ne correspond pas à l'heure actuelle à la définition conventionnellement acceptée du temps de travail. Cependant, l'absence de reconnaissance quant à cette éventuelle subordination des infirmières contribue à l'invisibilité d'une certaine part de leur travail. C'est également à cet égard que certains auteurs (cités dans Lallement, 2007) avancent que la disponibilité temporelle agit telle une compétence non reconnue. En parallèle, surgit donc la question de la rémunération pour cette disponibilité implicite, car elle semble parfois absente des salaires des travailleuses dans le secteur de la santé et des services sociaux.

En somme, nous venons de définir et d'apprécier l'existence de cette obligation de disponibilité au caractère implicite qui peut parfois agir en dehors du temps de travail des infirmières. Par ailleurs, il semble que quatre situations soient particulièrement critiques à sa manifestation, soit les périodes des pauses-repas, le chevauchement entre les quarts, les demandes relatives aux heures supplémentaires et finalement les périodes en service commandé de courte ou de longue durée.

En conclusion, le phénomène de l'obligation de disponibilité entraîne de manière générale un brouillage entre les sphères de la vie professionnelle et de la vie personnelle engendrant un empiètement de la première sur la deuxième. Ainsi, nous trouvons que l'augmentation de disponibilité engendre des effets néfastes pour les salariées. C'est donc sous l'angle de l'intensification générale des demandes quant à la disponibilité temporelle que nous envisagerons les effets de l'invisibilité du travail dans le point qui suit.

En résumé, l'obligation de disponibilité implicite se définit comme une contrainte conduisant à la mise en disponibilité hors du temps de travail des salarié-es en raison des besoins organisationnels, et sans pour autant qu'une demande explicite de l'employeur ne l'ait requis.

C. Les effets de l'invisibilité du travail

L'invisibilité d'une partie du travail des infirmières tend à occulter l'intensité de celui-ci. La disponibilité temporelle grandissante à laquelle elles sont soumises à la fois durant leur temps de travail, mais aussi parfois durant leur temps personnel engendre des conséquences sur la conciliation entre la vie familiale et professionnelle (i), et sur la santé psychologique et physique des infirmières (ii). Nous présenterons donc les impacts directs et indirects de l'obligation de disponibilité implicite et du travail gratuit.

i. Sur la conciliation des temps de vie

Le contexte de pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec impose entre autres une intensification du travail. En effet, l'alourdissement de la tâche et la flexibilité des horaires de travail engendrent une pénibilité du travail. Il semble par ailleurs que des heures de travail non prévisibles et instables affectent négativement la conciliation entre la vie professionnelle et vie personnelle. Il va sans dire que cette réalité n'est certainement pas unique à celle des infirmières, mais nous nous intéresserons particulièrement aux spécificités liées aux professions du *care*.

Tout d'abord, le milieu de la santé présenterait de fortes réticences à mettre en place des mesures facilitant la conciliation famille-travail alors qu'il demeure l'un des secteurs les plus féminisés sur le marché de l'emploi (Bullock et Morales Waught, 2004). Ainsi, « [si] le milieu n'est pas favorable à la prise du congé parental, [...] il est encore plus fermé aux divers aménagements du temps de travail qui pourraient être demandés pour des motifs familiaux » (Tremblay et Larivière, 2009, p. 19). En effet, les gestionnaires offriraient peu de soutien et de flexibilité aux salariées requérant des accommodements quant à leurs obligations familiales. De plus, non seulement les travailleuses affirment que la demande de congés parentaux est mal perçue dans le réseau, mais en plus les difficultés à l'obtention de tels congés sont d'autant plus grandes que les horaires atypiques et les pressions liées au milieu de travail nuisent à la possibilité de s'absenter (Tremblay et Larivière, 2009).

En outre, selon Bullock et Morales Waught (2004), les infirmières sont fortement susceptibles de se retrouver en position de *caregiving around the clock*. En effet, la continuité du travail de soins entre les deux temps majeurs de la vie pourrait avoir des effets négatifs sur la vie familiale. La sollicitation perpétuelle aux besoins d'autrui à laquelle sont soumises les infirmières semble avoir un coût émotionnel pour celles qui se retrouvent souvent être à bout de souffle à leur retour au domicile. Les infirmières rapportent notamment se sentir trop épuisées émotionnellement pour pouvoir être aussi présentes qu'elles le voudraient pour leurs proches. Ce sentiment de déchirement résonne comme une incohérence pour les infirmières

alors que la mission même de leur profession est bafouée lorsqu'elles doivent rendre des soins qu'elles ne peuvent pas même donner aux leurs.

Enfin, le secteur de la santé et des services sociaux censé être orienté sur le mieux-être est marqué de plusieurs contradictions alors que les infirmières expriment d'importantes difficultés à prendre soin de leur propre famille. L'organisation du travail semble être une barrière importante à la conciliation temporelle entre la famille et le travail alors qu'elle s'appuie actuellement sur des horaires atypiques, flexibles et imprévisibles pour combler le manque de personnel. De plus, la sollicitation émotionnelle accompagnant les soins et vécue au quotidien par les femmes dans l'accomplissement de leur travail engendre un épuisement qui a un coût sur leur vie personnelle.

Nous verrons maintenant les effets de cette disponibilité accrue imposée aux travailleuses pour leur santé et leur sécurité.

ii. Sur la santé et sécurité

L'intensification des demandes de disponibilité requise des infirmières, qu'elles soient effectives durant leur temps de travail ou en dehors de celui-ci, a d'importantes répercussions sur la santé psychologique et physique. Par ailleurs, les charges mentales et physiques du travail infirmier ont de manière générale été banalisées alors que la perception du travail de *care* laisse penser à un travail exigeant peu d'effort (Soares, 2011). Pourtant:

Sous l'apparence banale de gestes demandant peu d'efforts physiques, le travail dans les services exige donc des travailleur-se-s un engagement dans l'activité qui leur impose une charge mentale forte et qui se répercute sur leur santé aussi bien psychique que somatique. (Dussuet, 2011, p. 103)

En effet, le travail émotionnel comporte une part importante de risques pour la santé psychologique des travailleuses, car selon Loriol (2001) « le travail sur l'humain [...] est nécessairement porteur d'une forte charge émotionnelle ». Les infirmières sont donc susceptibles de se retrouver en situation de *burn-out* ou d'épuisement professionnel. Toutefois,

d'un autre côté, Alderson (2006) entrevoit que la mise à l'écart de la dimension relationnelle des soins pourrait tout autant avoir des effets néfastes sur la santé psychologique et le sentiment de bien-être au travail des infirmières. En effet, sous les mesures d'intensifications du travail, certaines infirmières rapportent ne plus avoir le temps de soigner. Cependant, en tant qu'élément central du travail des infirmières, l'absence de cette composante relationnelle serait susceptible de mener à un sentiment de dépossession de leur identité professionnelle et augmenterait ainsi les risques pour la santé mentale des travailleuses.

Parallèlement, il paraît pertinent de soulever les répercussions possibles de l'intensification du travail sur la santé des patients, car selon Bougie (2007) il peut advenir certains dangers liés aux situations d'épuisement psychologique auxquelles s'exposent les infirmières. D'un côté, une situation de fatigue intense présenterait un certain nombre de dangers pour l'infirmière, elle-même, ou pour son entourage, principalement ses collègues ou sa famille. De l'autre, ces états psychologiques « entraînent une incapacité [pour les infirmières] de prendre soin adéquatement de la clientèle » (Bougie et Cara, 2008, p. 35). En outre, lorsque les travailleuses se retrouvent dans une situation où elles se sentent incapables de prendre soin, soit d'elles-mêmes, soit des autres, elles s'exposent à un possible sentiment de culpabilité pouvant mener à un état de détresse psychologique. Selon la *National Sleep Foundation*, « un déficit de sommeil entraîne une diminution de l'état d'alerte, des troubles de concentration, de l'irritabilité ainsi que des actes ou des décisions pouvant mettre en péril la clientèle » (Bougie et Cara, 2008, p. 37).

Enfin, les infirmières sont également exposées à des risques pour leur santé physique. En effet, les troubles musculo-squelettiques (TMS) largement répandus dans le secteur des services laissent des conséquences sur le corps des travailleuses. Les contraintes posturales auxquelles celles-ci doivent se soumettre dans leur contact quotidien avec les patients bénéficiaires de soins les exposent particulièrement aux risques liés aux TMS (Dussuet, 2011, p. 103). À cet effet, Lipscomb *et al.* (2002) soulignent que l'aménagement des horaires de travail a également une part de responsabilité dans l'augmentation des TMS. Ainsi, les risques sur la santé physique des infirmières augmenteraient significativement lorsqu'elles suivent un horaire de travail à rotation ou lorsqu'elles exécutent plus de 12 heures de travail consécutives par jour.

Par conséquent, la surcharge et la disponibilité imposées par une organisation du travail déficiente, et accentuée par un manque persistant du personnel soignant ne peuvent conduire qu'à une augmentation des dangers pour la santé et la sécurité des infirmières.

Si nous venons d'exposer les différentes conséquences qu'une demande de disponibilité trop intense peut avoir d'une part sur la conciliation entre les différents temps de la vie, et d'autre part sur la santé et sécurité des infirmières et de la clientèle, il importe maintenant de s'intéresser aux différents déterminants de l'invisibilité du travail.

D. Les déterminants de l'invisibilité au travail

Dans cette section du chapitre, nous exposerons quelques déterminants potentiels de l'invisibilité d'une part du travail des infirmières qui nous conduiront à l'établissement de notre problématique de recherche. Ces déterminants ont été retenus en raison d'hypothèses soulevées par les auteurs cités dans la revue de la littérature. Nous les aborderons brièvement, car nous nous attarderons davantage à l'identité professionnelle en tant qu'élément pouvant être lié à la présence d'une invisibilité du travail. Ce choix est avant tout motivé par la littérature sur l'identité professionnelle. À notre connaissance, cette dernière n'a été encore que peu étudiée comme l'une des causes de l'invisibilité du travail. Également, nous ne traiterons pas particulièrement dans ce mémoire du rôle organisationnel sur notre phénomène, car celui-ci a déjà été envisagé dans d'autres travaux menés au sein même de notre équipe de recherche¹¹. Dans un premier temps, nous traiterons de l'actuel état de la main-d'œuvre infirmière dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois (i), puisqu'il permet de comprendre notamment l'émergence d'une compétence invisible selon Lallement (2007), celle de la disponibilité temporelle. Dans un second temps, nous aborderons la notion du contre-don (ii) comme une explication possible de l'émergence du travail gratuit.

¹¹ Rossignol, C. (2017). *Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal (dépôt : mars 2017).

i. La disponibilité temporelle, compétence invisible ?

La littérature sur la situation actuelle du secteur de la santé et des services sociaux québécois est abondante. Les propos de nombreux auteurs sur les défaillances dans l'organisation du travail font consensus et permettent notamment de mettre en lumière l'un des déterminants de l'émergence d'une obligation de disponibilité implicite (Lapointe *et al.*, 2000; Cognet, 2002; Côté, 2013). Ainsi, la littérature rapporte l'existence d'un état de crise de la main d'œuvre infirmière qui se serait intensifiée au cours des dernières années par le financement déficitaire et austère des services publics.

Le phénomène qui se déroule actuellement dans les hôpitaux et affecte le travail infirmier relève d'une reconfiguration du réseau de la santé et de l'hôpital et d'une réorganisation du travail. Il concerne la chaîne de production des soins de santé et la place que l'hôpital y occupe. Au sein de l'hôpital, il remet en cause le processus de dispensation des soins en vue d'une plus grande rationalisation. (Lapointe *et al.*, 2000, p. 165)

Depuis le virage ambulatoire situé au milieu des années 1990, le système de santé québécois a entamé une réorganisation complète du travail des soins souhaitant principalement atteindre une meilleure efficacité administrative devant le vieillissement prochain de la population. Cependant, à partir de ce moment, Côté constate « [qu']un écart toujours plus grand se creuse entre la rationalité gestionnaire et l'éthique du soin » (2013, p. 64). En effet, cette gestion qui souhaite une plus grande flexibilité organisationnelle afin d'atteindre des objectifs de rentabilité financière a pourtant mis en jeu la santé de sa propre main d'œuvre (Côté, 2013). C'est ainsi que les compressions budgétaires adoptées dans une optique de rationalisation des ressources ont conduit à une intensification et un alourdissement de la charge de travail, un taux d'absentéisme élevé, l'abandon de la profession en début de carrière dans près d'un cas sur cinq, mais aussi une perte de savoir et d'expertise et finalement une relève qui s'avère insuffisante (Lapointe *et al.*, 2000; Cognet, 2002; Bougie, 2007; Côté, 2013).

Par conséquent, la pénurie d'infirmières et l'alourdissement de leur tâche ont d'autres conséquences, notamment celle d'imposer une augmentation de la disponibilité temporelle des infirmières. En effet, les heures supplémentaires demandées au personnel infirmier n'ont fait qu'augmenter prenant à un certain moment des proportions invraisemblables (Jean, 2005).

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entre les années 1995-1996 et 2003-2004, près de 3600 emplois auraient été nécessaires pour combler le manque de personnel alors que les heures effectuées par les travailleuses entre ces deux périodes auraient augmenté de près de 156 %. Ainsi, les heures effectuées en temps supplémentaire quotidiennement par les infirmières auraient triplé en moins de 10 ans. À cet effet, le MSSS affirmait ouvertement que la situation des infirmières ne s'améliorerait qu'à condition de mettre en place des conditions de travail qui soient favorables à l'atteinte d'une réelle qualité de vie (Bougie, 2007).

Cependant, les heures supplémentaires ne sont pas la seule conséquence de la pénurie et de l'alourdissement du travail. Ceux-ci sont également impliqués dans la réponse positive des infirmières face à cette obligation de disponibilité implicite. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, les infirmières seraient notamment portées à se mettre à disposition durant la période des pauses ou des pauses-repas afin de soutenir leurs collègues à la suite du manque de personnel. Parfois, également, c'est parce qu'elles sont tout simplement les seules infirmières dans le service à ce moment qu'elles considéreront comme impossible de quitter l'établissement durant le temps de leur pause. En somme, le climat de travail actuel caractérisé par un état de crise perpétuel favorise amplement la mise en disponibilité des infirmières hors de leur temps de travail.

Voyons maintenant comment le mécanisme du « contre-don » engendre quant à lui l'apparition d'un dépassement quotidien aux tâches prévues.

ii. Le contre-don

Si certaines infirmières décident de rester dans la profession malgré la pénibilité des conditions de travail, que nous venons d'exposer brièvement, si également elles acceptent en quelque sorte cet excès de disponibilité permanente, c'est peut-être qu'il y aurait une contrepartie au travail du *care*, soit celle du « contre-don » (Cognet, 2002). Ainsi, la valorisation apportée par le travail relationnel, tel que celui des soins à autrui, serait un

important facteur de motivation à l'exercice de la profession. En outre, il serait également responsable de l'émergence du travail gratuit, puisque la gratification accompagnant la tâche sera suffisamment grande pour justifier les petits abus quotidiens. En effet, ce que Cognet (2002) nomme le contre-don représente la récompense en échange de ces débordements du travail exprimé par la reconnaissance des patients que les infirmières intérioriseront comme une valorisation tant au plan professionnel que personnel:

Même si cela peut sembler dérisoire au regard de la précarisation économique qu'elles [les travailleuses à domicile] connaissent par ailleurs, la gratitude témoignée par les personnes aidées viendrait alors compenser l'absence de reconnaissance d'ordre matériel de leur travail, en termes de qualification et de rémunération. (Dussuet, 2011, p. 120) (Nos soulignements)

De plus, si la plupart d'entre elles n'affirment pas qu'elles exécutent des tâches supplémentaires dans l'attente d'un retour, il demeure que le sentiment d'utilité est retenu comme l'un des principaux facteurs de satisfaction au travail des métiers du *care*. L'importance de la relation avec la clientèle se retrouve au cœur du discours des professionnelles. Selon Cognet:

La relation avec le client leur offre un espace de valorisation propre à leur procurer la reconnaissance, le respect, l'appréciation nécessaires à établir une image positive d'elles-mêmes. Elles y puiseront leurs forces. (2002, p. 66)

Enfin, la source de gratification que procure le métier semble être un élément permissif, soit qui rend peut-être plus acceptable aux yeux des infirmières la surcharge de disponibilité pour laquelle elles sont sollicitées. Nous considérons alors que le contre-don est l'un des éléments rendant possible l'émergence de l'invisibilité du travail.

Dans un premier temps, nous avons constaté que la situation actuelle dans le secteur de la santé et des services sociaux place les infirmières dans une position où elles se sentent le devoir de se mettre en disponibilité hors du temps de travail. La pénurie de main-d'œuvre couplée à l'alourdissement de la tâche de travail se présentent donc en ce sens comme des déterminants de l'acceptation par les infirmières d'une éventuelle mise en disponibilité hors du temps rémunéré du travail. Dans un second temps, nous avons constaté que la source de valorisation positive, qui émerge du travail relationnel, peut être un facteur expliquant la surcharge de travail qu'acceptent d'effectuer les infirmières sans pourtant toujours recevoir une

quelconque rémunération ou reconnaissance de la part de l'employeur. Dans un dernier temps, nous recensons au sein de la littérature, un autre déterminant englobant cette fois-ci les deux grandes composantes de l'invisibilité du travail abordées jusqu'à présent. Il s'agit de celui de l'identité professionnelle. Puisque le sujet est particulièrement vaste et que ses liens avec l'invisibilité du travail semblent avoir été peu étudiés, nous lui consacrerons la deuxième partie de ce chapitre.

II. L'identité professionnelle

Le terme profession n'a pas toujours eu le même usage que celui qui en est fait aujourd'hui. Il a également varié, selon qu'il soit employé du côté francophone ou du côté anglophone, où il a toujours eu un sens peut-être plus défini qu'en français. Ainsi, en français, il a d'abord été religieux signifiant l'acte de profession de foi, il était alors une vocation, un engagement pour une carrière religieuse. Il a ensuite été utilisé pour désigner des groupes professionnels, soit ceux appartenant à une même branche professionnelle, ou se reconnaissant sous le même nom de métier, ou encore pratiquant une activité semblable (Dubar, Tripier, Boussard, 2011, p. 12). Il a aussi eu un sens plus large où profession équivaut à occupation, c'est-à-dire qu'elle peut autant signifier une « activité indépendante, salariée, servile ou libérale, la profession est, en ce sens, ce qui apporte la subsistance grâce à un revenu économique » (Dubar, Tripier, Boussard, 2011, p. 11). Enfin, Dubar, Tripier et Boussard (2011) ajoutent un quatrième usage au terme profession lorsque celui-ci est employé comme adjectif. Il représente alors « une fonction, ou compétence reconnue au sein d'une organisation » (Dubar, Tripier et Boussard, 2011, p. 12). Cet usage du qualificatif « professionnel » pour désigner l'individu compétent a permis en quelque sorte d'élargir ces groupes professionnels à toute une panoplie de nouveaux professionnels (Dubar, 2015), qui le sont devenus par la reconnaissance de leurs qualités individuelles pour les fonctions qu'ils occupent au sein de leur organisation. Cette dernière définition ou signification que prend le terme profession est caractéristique du mouvement de professionnalisation que connaîtra la fin des années 1980 avec « l'envahissement de la logique compétence doublée des exigences multiples de professionnalisme » (Dubar, Tripier et Boussard, 2011, p. 322). L'importance qui sera alors accordée à la notion d'identité en sociologie, mais surtout en sociologie du travail, est selon Lallement (2007, cité dans Dubar,

Tripier et Boussard, 2011) symptomatique de cette nouvelle ère où la compétence professionnelle règne au sein de pratiquement toute grande entreprise.

« [L]e thème de l'identité professionnelle va progressivement faire tache d'huile aussi bien dans le discours social que dans certains travaux sociologiques. Dans le discours social, la notion d'identité professionnelle [...] accompagne la diffusion du nouveau modèle de l'individu “acteur” de sa situation de travail, mais aussi “professionnel” ayant à gérer sa carrière, à anticiper son parcours, à accroître ses “compétences” » (2011, p. 323)

En effet, l'individu acquiert une plus grande autonomie et responsabilité dans son travail et ses tâches quotidiennes, mais il devient également l'auteur de sa vie professionnelle, maître de son savoir et surtout de son sentiment de réalisation personnelle. Ainsi, les effets du travail sur l'identité personnelle deviennent peut-être plus importants que jamais alors que l'implication subjective des individus dans celui-ci s'accroît. En effet, selon Dubar (2000 cité dans Dubar, Tripier et Boussard, 2011) certaines formes identitaires, autrement dit certaines identités professionnelles, ont progressivement été invalidées parce qu'elles ne répondaient plus à ces nouvelles exigences managériales requérant des individus une « mobilisation subjective pour l'entreprise », et ce, sans contrepartie financière. De nouvelles formes identitaires sont alors apparues jumelées à des comportements de surinvestissement chez les individus qui « sont obligés de faire sans cesse la preuve de leur excellence et d'entrer en compétition permanente avec leurs pairs pour évoluer dans leur carrière » (Dubar, Tripier et Boussard, 2011, p. 329).

Ainsi, les identités professionnelles s'étant développées sous l'influence de ces nouvelles normes d'organisation du travail semblent engendrer des comportements chez les professionnels, qui les poussent non seulement à se surinvestir, mais également à répondre à ces pressions ou bien économiques et basées sur l'efficacité ou encore sociales et basées sur la reconnaissance (Dubar, Tripier et Boussard, 2011). De plus, selon Causer et Gasparini (2009), il importe de s'intéresser à ces évolutions identitaires notamment « parce qu'elles sont symptomatiques de transformations de fond qui engagent largement le devenir du travail et des travailleurs » (2009, p. 3). En outre, dans la perspective où nous tentons de comprendre dans quelle mesure des travailleuses acceptent consciemment d'effectuer un surplus de travail ou de se mettre à disposition permanente pour ce travail, il nous semble pertinent de questionner le rôle du processus identitaire.

Également, l'identité professionnelle paraît pertinente pour comprendre l'adhésion ou plutôt l'acception par les travailleuses de ces nouvelles normes. En effet, selon certains auteurs, notamment Dubar (2002 ; 2015), l'identité professionnelle est le fruit d'un processus de socialisation. Sans entrer ici dans les détails de ce processus, il importe de retenir que « [d]ans un lieu de travail, les praticiens d'un métier partagent des façons de faire, mais aussi de penser et de se comporter, en quelque sorte reconnues et validées par le milieu professionnel. (Beckers, 2007) Ainsi, nous pouvons imaginer l'influence du cadre professionnel sur la construction identitaire qui elle est influencée par un besoin de reconnaissance. Les individus qui entrent alors dans une profession sont donc susceptibles d'être portés à s'incorporer, et puis à s'identifier, aux façons de faire du milieu.

Ainsi, cette section de la revue de la littérature portera sur la définition et la compréhension des formes que peut prendre l'identité professionnelle. D'abord, nous passerons en revue quelques travaux ayant permis de mettre en lumière le processus identitaire au sein du travail (A), ainsi que les courants théoriques majeurs ayant contribué au développement d'une vision de l'identité professionnelle. Nous terminerons cette partie par l'élaboration de notre propre définition de l'identité professionnelle des infirmières, à partir d'une synthèse du concept. Nous poursuivrons en nous intéressant justement aux composantes de cette identité professionnelle propre aux infirmières (B). À cet effet, l'histoire de la profession permet de comprendre son évolution par les femmes l'ayant occupée, ainsi que par son long chemin vers une reconnaissance légale et sociale. Dans cette section, nous traiterons également du code de déontologie puisqu'il est la source d'un ensemble de règles et de normes de conduite influant sur l'identité des infirmières. Par ailleurs, l'identité professionnelle des infirmières étant indissociable des concepts de *care* (C), et du travail émotionnel (D), nous compléterons le chapitre en faisant un détour par ces deux composantes.

A. Les auteurs et les modèles théoriques sur l'identité professionnelle

Le thème de l'identité a fait l'intérêt de plusieurs recherches sociologiques au cours des dernières décennies. Ses définitions varient selon les auteurs, ainsi que les courants de pensée.

Les sociologues du travail et des organisations se sont pour leur part davantage intéressés au processus de construction des identités sociales, telles que celle de l'identité professionnelle, qui s'établit au contact, par les individus, de l'expérience professionnelle en milieu de travail. Nous dresserons ici une brève revue des auteurs marquants en matière d'identité au travail, ainsi que des différents courants théoriques en la matière. Nous terminerons cette section en présentant une synthèse de ceux-ci, qui nous permettra de mieux comprendre le concept de l'identité professionnelle.

i. L'identité au travail selon Sainsaulieu

Renaud Sainsaulieu publie en 1977, *L'identité au travail*, ouvrage phare en sociologie du travail, dans lequel l'auteur introduit une nouvelle conception de l'organisation où celle-ci devient un lieu probant de la construction identitaire. En effet, pour Sainsaulieu, de l'expérience sociale et professionnelle en organisation résulte des représentations, normes et valeurs qui influenceront l'émergence d'une culture pour le moins distincte de celle établie au sein des catégories socioprofessionnelles d'appartenances (Alter dans Sainsaulieu, 2014). À cet effet, l'identité au travail n'est donc pas le fait d'une seule socialisation professionnelle, mais aussi celle des circonstances de l'expérience professionnelle. Par ailleurs, au sein de cette expérience du travail s'effectue un apprentissage par les individus des normes de comportement également influencées par les structures de pouvoir qui régissent les échanges dans les organisations. En outre, Sainsaulieu mettra en lien cette expérience du pouvoir avec celle de l'identité personnelle des individus (Alter dans Sainsaulieu, 2014).

Ainsi, l'identité individuelle se construirait entre autres au travers des rapports collectifs dans le travail, car ils influenceront les aspirations et les motivations, mais surtout les besoins de reconnaissance de chacun. En effet, Sainsaulieu (1977) affirme: « [s]'il y a identité personnelle, c'est qu'il y a reconnaissance par les autres, mais celle-ci n'est pas obligatoirement accordée, elle s'inscrit elle-même dans un jeu de forces sociales ». L'auteur, s'appuyant entre autres sur les théories hégéliennes, qui affirment « un double mouvement vers la rationalité et vers la reconnaissance du soi » (Lallement, 2007, p. 73), insiste sur l'importance de l'expérience des conflits dans la construction du soi, car c'est le seul moyen pour que « le sujet

[soit] finalement reconnu [...] comme auteur d'une rationalité propre » (Sainsaulieu, 1977, p. 321). Le processus d'identification prend donc forme ici dans la perception subjective que les individus entretiendront de l'écart existant entre eux et les autres.

Les organisations par l'abondance des relations sociales auxquelles elles font place et par la présence d'une structure hiérarchique engendrant l'existence de pouvoirs inégaux sont donc particulièrement influentes dans la définition de l'identité. Par ailleurs, le pouvoir auquel réfère le sociologue a un impact sur les expériences sociales dans la capacité de chacun à imposer et à faire respecter sa différence.

Si les rapports de travail sont importants pour comprendre la personnalité des individus, c'est qu'ils y font l'expérience de l'affrontement des désirs de reconnaissance dans un contexte d'accès inégal, mouvant et complexe au pouvoir. (Sainsaulieu, 1977, p. 342)

À la sociologie des organisations, Sainsaulieu contribuera principalement en analysant de quelle manière les identités professionnelles se construisent. Il élaborera à partir de deux dimensions, les conditions de travail et la qualité de vie hors travail, une typologie des cultures chez les acteurs au travail où il envisage quatre identités possibles, soit celle de la négociation, du retrait, des affinités et enfin de la fusion (Causer et Gasparini, 2009). Autrement dit, ces identités sont des « façons de se situer dans le système social d'entreprise ou [des] manières d'être en relation avec les collègues, chefs, etc. ou encore [des] façons d'être acteur en organisation » (Dubar, Tripier et Boussard, 2011, p. 322). Plus tard, Sainsaulieu reviendra sur sa typologie, car il considérera que certaines étaient devenues obsolètes (Causer et Gasparini, 2009). Mais, au-delà de ces catégories, ce qu'il importe surtout de retenir aujourd'hui, selon Alter (dans Sainsaulieu, 2014), réside dans la démonstration que cette typologie permet d'établir. C'est-à-dire, qu'au travers des circonstances professionnelles et relationnelles prenant lieu dans les organisations s'établissent des cultures qui influenceront les identités individuelles, car celles-ci ne sont pas figées dans leur premier apprentissage, autrement dit leur première socialisation, mais elles peuvent faire « l'objet d'apprentissages secondaires ». À cet effet, Sainsaulieu aura été le premier, du moins en sociologie des organisations, à envisager sérieusement un lien entre l'individuel et le collectif par le biais de ces notions d'identité et de culture (Causer et Gasparini, 2009).

Enfin, plus spécifiquement sur la profession, dans son livre de 1977, Sainsaulieu parlera surtout d'un « discours de la profession ». Selon l'auteur, les professions sont particulières en ce sens qu'elles contribuent à l'organisation de l'apprentissage et à la pratique du travail. Le transfert de connaissances se fait par le biais des praticiens et praticiennes qui dictent les savoirs et les apprentissages dans les écoles et les universités. Les individus ne peuvent se dissocier du discours de la profession, car celui-ci influence le métier en entier, que ce soit la rémunération, l'avancement, les codes de conduites, etc. Ainsi, les règles professionnels « ont pour but d'assurer le renouvellement et l'évolution interne dans les rangs des experts entre eux » (Sainsaulieu, 1977, p. 373).

De plus, Sainsaulieu (1977) s'intéresse bien sûr à la valeur qu'accordent les individus à leur travail. Il affirme que non seulement l'occupation d'une profession est tributaire d'un revenu et donc d'une sécurité financière, mais qu'elle est également associée « à une dimension de créativité et de réalisation de soi » (Sainsaulieu, 1977, p. 369). Toutefois, selon lui, il ne faudra pas envisager le travail comme la source d'un attachement sentimental comme d'autres auteurs l'ont invoqué. En effet, cette vision idéaliste tendrait à nier les rapports de pouvoir et de domination entre les employeurs et les travailleurs.

En somme, il revient à Sainsaulieu d'avoir pu mettre en lumière une problématique nouvelle, autre que celle étudiée alors par la sociologie du travail ou des organisations, c'est-à-dire celle de l'identité au travail. Selon Alter (2014), qui signe la préface de la quatrième édition de *L'identité au travail*, Sainsaulieu bouleversera en affirmant que de l'expérience professionnelle naissent des cultures et qu'ainsi l'identité au travail est mouvante. Enfin, pour Alter (2014), Sainsaulieu par sa typologie souhaitait surtout mettre au jour des modèles d'analyse ou des logiques d'acteurs bien plus que d'y définir des catégories étanches de culture.

ii. La socialisation professionnelle selon Dubar

Plus tard, les travaux de Dubar (1998, 2002) viennent compléter ceux de Sainsaulieu. En effet, l'auteur insiste principalement sur la construction à la fois distincte, mais indissociable, de

l'identité individuelle et de l'identité collective. Pour le sociologue, qui s'intéresse au processus de socialisation, la construction de l'identité est donc le produit d'une articulation entre ces deux identités: l'identité du soi, l'image que l'on porte sur soi; et l'identité pour autrui, l'image que les institutions et leurs acteurs entretiennent de nous. Avec cette perspective, l'auteur se distancie en partie du courant déterministe, qui envisage l'identité personnelle comme le fruit d'une condition prédéterminée, soit par le contexte de vie ou par la nature biologique (Beckers, 2007). Or, Dubar n'adhère pas non plus aux approches essentiellement subjectivistes où l'identité ne serait que dictée par les choix et les envies des sujets sans tenir compte alors des particularités de chaque contexte et trajectoire de vie (Beckers, 2007). À cet effet, Dubar envisage la construction de l'identité « comme le produit de socialisations successives » (2002, p. 144), qu'il distingue sous deux formes: la socialisation primaire, celle dans la famille lors de l'enfance, et la socialisation secondaire, celle dans les groupes sociaux. Ainsi, selon cette conception, l'identité est mouvante, c'est-à-dire qu'elle pourra se reconstruire ou se recomposer fréquemment dans la vie d'un individu.

Dans son processus de construction des identités, Dubar met l'accent sur « la relation entre des appartenances collectives (le fait pour quelqu'un de pouvoir être identifié au moyen de catégories sociales...) et des personnalités individuelles (la manière dont chacun s'identifie lui-même, se vit comme personne unique...) » (Dubar, 1996, cité dans Beckers, 2007). Il y définit « l'identité pour autrui » comme le reflet des institutions sur les individus, de la place qu'ils y occupent, autrement dit leur catégorisation objective et sociale ou « étiquetage »¹² dont ils sont l'objet, et finalement des rapports de force entre les acteurs sociaux. Quant à « l'identité du soi », il l'envisage comme le résultat d'un processus d'intériorisation des individus de cette reconnaissance sociale et de la perception qu'ils en ont, ou du moins de ce qu'ils croient être pour l'autre. Il s'agit ici de comprendre que la définition de l'identité passe par une double transaction, l'une interne liée à l'identité du soi, l'autre externe liée à l'identité pour autrui. Par ailleurs, « cette transaction joue donc sur le registre rupture ou continuité entre un passé (identité héritée) et un projet (identité visée) » (Beckers, 2007, p. 145). Ainsi, une première

¹² Terme emprunté à Goffman, cité par Dubar (2002), qui s'intéresse aux identités sociales virtuelles des individus.

socialisation qualifiée de biographique (Beckers, 2007) sera à la base de la construction de l'identité du soi. Ici, une transaction subjective chez l'individu s'effectue, et celui-ci choisira de poursuivre ou encore de rompre avec son passé, c'est-à-dire qu'il se définira en fonction d'une identité héritée ou au contraire en rupture avec ce passé. Dans un second temps, une socialisation, elle dite de relationnelle (Beckers, 2007), influencera également l'identité de l'individu, mais cette fois d'une manière objective et sur les bases d'une attribution sociale. Encore une fois, deux issues sont possibles. Ou bien l'individu s'identifiera à cette catégorisation ce qui l'amènera à se définir selon l'autre, ou encore il voudra s'en distancier. La première issue engendre une reconnaissance sociale par les pairs, alors que la seconde conduit à une non-reconnaissance. Ainsi, l'articulation entre ces deux processus de socialisation amènera donc les individus à construire leur identité. Cependant, même si ceux-ci coexistent, ils sont autonomes et leur articulation ne sera pas forcément harmonieuse, car selon Dubar (2015) aucun mécanisme macro-social ne le garantit. À cet effet, Dubar affirme « on ne fait pas l'identité des gens malgré eux et pourtant on ne peut se passer des autres pour se forger sa propre identité » (2015, p. 110).

Par ailleurs, l'importance qu'a acquise le champ du travail, de l'emploi et de la formation dans les dernières décennies a conduit au développement d'approches sociologiques (présentées par la suite) quant aux mécanismes de socialisation professionnelle (Dubar, 2015). À cet effet, Dubar, après avoir mené diverses études empiriques, énonce un modèle de la dynamique des identités professionnelles. À partir des discours recueillis lors d'entretiens, il dégage des logiques d'action relatives à l'image que les individus entretiennent sur leur métier, ainsi qu'à la manière dont ils envisagent leur carrière (Beckers, 2007). Quatre formes identitaires sont définies par l'auteur: l'identité du hors travail, l'identité de réseau, l'identité de métier (ou catégorielle selon les ouvrages précédents de l'auteur) et l'identité d'entreprise (Dubar, 2015). Si Dubar choisit l'utilisation des termes « formes identitaires » pour désigner ces identités professionnelles, c'est bien parce qu'il insiste sur le fait qu'elles ne sont pas des catégories, mais plutôt des logiques influencées par le parcours emploi-formation et par les croyances subjectives sur le monde du travail (Dubar, Tripier et Boussard, 2011). « Ces formes identitaires sont à la fois des discours et des matrices de pratiques; elles s'enracinent dans des conceptions plurielles de ce qu'est le “ vrai travail ” et de ce que l'on doit faire pour être

reconnu » (Dubar, Tripier et Boussard, 2011, p. 325). Dans leur ouvrage, Dubar, Tripier et Boussard (2011) les définissent comme suit:

- identité de « hors travail » repérée où le travail est considéré comme un simple emploi « pour le salaire » et ne fournit aucune ressource identitaire, contrairement à l'espace « hors travail » (domestique, ludique, associatif, etc.);
- identité « d'entreprise » quand le travail est exprimé comme un engagement et une mobilisation subjective pour la réussite de l'organisation, condition de la promotion interne dans « l'entreprise », celle-ci fournissant les éléments d'identification de soi;
- identité « catégorielle » quand le travail est défini comme une spécialité, un métier dans lequel on veut progresser, au sein d'une « catégorie » et de son système de qualification [...], mais dont le parcours est décrit comme « bloqué » du fait des nouveaux modes de gestion de l'entreprise;
- identité de « réseau » enfin quand le travail actuel n'a de sens que s'il est connecté à la réalisation d'un « projet », composante de la réalisation de soi impliquant la coopération avec les membres d'un « réseau » qui constitue, in fine, l'espace d'identification. (2011, p. 324)

Enfin, ces formes identitaires sont bien entendues largement dépendantes de l'évolution des identités collectives et individuelles à travers le temps et les générations. C'est d'ailleurs à cet effet que Dubar parle désormais d'une crise des identités professionnelles (Dubar, Tripier et Boussard, 2011). Ainsi, le mouvement d'individualisation des trajectoires de carrière semble avoir un impact important considérant qu'il « transforme en profondeur la signification même de l'identité » (2011, p. 328). À cet effet, les formes identitaires du hors travail et de métier auraient progressivement été invalidées par « l'exigence managériale de “ motivation au travail ” qui signifiait en fait “ mobilisation subjective ” pour l'entreprise sans contrepartie financière » (2011, p. 329). L'identité d'entreprise, quant à elle, est également remise en question par de nouvelles exigences de mobilité externe ou de réputation internationale. Par ailleurs, l'identité de réseau même si elle représente la forme identitaire la plus individualiste n'est pas garante d'être épargnée d'un manque de reconnaissance (Dubar, Tripier et Boussard, 2011).

La théorie sociologique de l'identité de Dubar tend à se distancier des approches purement déterministes, comme celle des fonctionnalistes, alors qu'elle se rapproche davantage d'une approche interactionniste. Voyons maintenant brièvement, comment chacun de ces courants envisage la socialisation professionnelle.

Le courant fonctionnaliste

Selon les fonctionnalistes, dont Parsons est le père fondateur, l'identité professionnelle serait principalement acquise par la relation créée entre le professionnel et le client. Selon leur modèle, l'identité professionnelle implique à la fois un savoir pratique, une compétence spécialisée et un intérêt détaché (Dubar, 2002). Ainsi, un individu professionnel serait détenteur d'un savoir technique, qu'il met en pratique, et qui lui permettra éventuellement d'accéder à un sentiment d'accomplissement. Le professionnel profite par ailleurs d'une compétence reconnue comme légitime lui permettant d'exercer sous « l'autorité du professionnel » (Dubar, 2002). Toutefois, avec ce titre vient l'obligation d'entretenir une relation avec le client qui devra être dépourvue de sentiments afin de répondre à « la norme de neutralité affective » nécessaire à un exercice objectif du travail (Dubar, 2002).

D'autres auteurs, du courant fonctionnaliste, ajouteront des éléments à cette définition de l'identité professionnelle, telle que la nécessité de l'adhésion à un code éthique, d'un contrôle technique exécuté par les pairs et d'un contrôle légal organisé lui par des autorités formelles (Dubar, 2002, citant Maurice et Chapoulie, 1972-1973). L'essentiel de la pensée des sociologues fonctionnalistes sur la profession est résumé ainsi par Dubar (2002): « d'une part les professions forment des communautés unies autour des mêmes valeurs et de la même “éthique de service”, d'autre part leur statut professionnel s'autorise d'un savoir “scientifique” et pas seulement pratique » (2002, p. 135).

Le courant interactionniste

Du côté des interactionnistes symboliques, aucune définition précise de la profession n'est évoquée, car elle est perçue, notamment par Hugues (1958, cité par Dubar, 2002), comme une notion basée sur un jugement de valeur et de prestige. Cependant, certains éléments caractéristiques d'un « phénomène professionnel » sont relevés par les interactionnistes. Ainsi, le diplôme, autorisation légale à exercer, et le mandat, obligation à pratiquer une fonction particulière, sont indissociables du concept professionnel. Les interactionnistes perçoivent ces

deux éléments comme source d'une division morale du travail où la création d'une hiérarchie entre les tâches principales et secondaires aura pour effet de différencier les professionnels des autres travailleurs (Dubar, 2002). Selon Hugues, la profession lorsqu'elle est envisagée comme carrière ou comme lieu de socialisation est particulièrement significative dans l'élaboration d'une identité collective. En effet, le phénomène de la profession avec son processus de formation régie par les professionnels eux-mêmes entraîne le développement d'une philosophie, de valeurs, de pensées et de significations communes. Le résultat est la production de « stéréotypes professionnels excluant, de fait, ceux qui n'y correspondent pas » (Dubar, 2002, p. 138).

Enfin, trois mécanismes servent à expliquer le processus de socialisation professionnel (Hugues, 1958 dans Dubar, 2002). D'abord, l'immersion dans la profession s'accompagne toujours d'un choc en face d'une réalité distincte de celle promulguée par le discours académique. De là, une « identification progressive avec le rôle » (Dubar, 2002, p. 139) devra être faite par les individus qui s'éloigneront des stéréotypes professionnels pour revoir leur manière d'envisager leurs tâches, leur rôle, leurs anticipations de carrière, ainsi que leur image de soi, « les quatre éléments de base de l'identité professionnelle » (Dubar, 2002, p. 139). Ensuite, une dualité persistante s'installera dans l'identification professionnelle des individus puisque « le modèle idéal » rencontre « le modèle pratique ». Le processus de socialisation est caractérisé par l'adoption de stratégies par les individus afin de réduire la distance entre les deux modèles. Enfin, ils procéderont à « l'ajustement de la conception de Soi » (Dubar, 2002, p. 141) par rapport aux premiers idéaux qu'ils abandonneront ou adopteront, et par leur gestion de la réelle carrière professionnelle qu'ils souhaitent mener.

Pour terminer, de Dubar (2002; 2015), il nous importe de retenir sa théorie quant aux processus de socialisation identitaire. Ainsi, les professions en étant structurées autour de règles, de normes et de codes de conduites, et profitant d'une légitimité sociale, sont susceptibles d'encourager la formation d'identités collectives. Celles-ci auront un rôle à jouer sur le développement de l'identité professionnelle des individus. Cependant, il importe également de ne pas minimiser l'apport de la trajectoire personnelle dans cette définition, car

comme le démontre Dubar (2002; 2015) une rupture ou une continuité avec son identité passée aura un impact sur l'identité sociale future.

Dans cette première partie, nous avons constaté les premiers courants théoriques ayant abordé l'identité professionnelle selon leur époque. Dans une seconde partie, nous verrons des auteurs s'étant intéressés au développement d'identités professionnelles émergeant de la transformation de l'organisation du travail contemporain.

iii. Les identités professionnelles contemporaines

Dans leurs travaux, Osty et Uhalde (2007) s'intéressent au développement des nouvelles formes identitaires au travail qui sont apparues au cours des dernières décennies notamment dans l'émergence d'une transformation obligée de l'organisation du travail par « les changements de produits, de structures, de technologies et de modes de gestion » (Osty et Uhalde, 2007, p. 95). Leurs recherches les amènent à constater six formes d'identités collectives au travail. Parmi celles-ci, trois d'entre elles « sont certainement plus révélatrices des évolutions des milieux de travail contemporains » (Osty et Uhalde, 2007, p. 134). Il s'agit de l'identité du professionnel du service public, de l'identité de la mobilité et de l'identité entrepreneuriale. D'abord, nous aborderons quelques constatations plus générales soulevées par les auteurs au sujet des identités contemporaines. Puis, nous verrons plus en détail l'une d'entre elles, celle du service public.

Ces auteurs (Osty et Uhalde, 2007) tirent différentes constatations de l'émergence de nouveaux modèles identitaires. Dans un premier temps, les identités contemporaines permettent de constater la place centrale qu'occupe le travail dans la vie des individus. En effet, les recherches montrent clairement la place grandissante qu'a prise au fil des dernières décennies la reconnaissance des supérieurs et des pairs dans les vies professionnelles (Osty et Uhalde, 2007, p. 14). À cet effet, certains éléments sont également significatifs d'une implication personnelle au travail, qui toucherait par ailleurs la majorité des travailleurs aujourd'hui (Osty et Uhalde, 2007, p. 134). Ainsi, le désir de réalisation, d'accès à un métier, de maîtrise d'une sphère d'activité, la possibilité de capitaliser son expérience professionnelle et l'attachement au

travail constituent tous des particularités de ces nouvelles identités professionnelles. Dans un second temps, il semble que le rôle de l'entreprise ou plutôt de son rapport aux travailleurs se soit modifié. En effet, l'entreprise n'est plus envisagée comme un lieu d'aliénation, mais au contraire, celle-ci est perçue comme un milieu de formation et de développement des compétences et du potentiel des travailleurs. À cet effet, l'entreprise prend désormais un rôle d'intégration sociale ce qui résonne d'une manière importante sur le processus identitaire. Enfin, dans un dernier temps, il semble que les rapports sociaux entre collègues, mais également ceux hiérarchiques, se soient progressivement modifiés. En effet, la baisse des solidarités collectives et l'augmentation à l'individualisme ont sans contredit affecté les rapports sociaux au travail. Ainsi, Osty et Uhalde (2007) observent que les relations collectives ont peu à peu été remplacées par des relations microcollectives, qui deviennent la norme (p. 135). Les interactions entre collègues sont désormais orientées sur la résolution de problème, ainsi qu'une tendance à l'affirmation individuelle. En outre, les rapports avec la hiérarchie se sont également modifiés. Ceux-ci sont devenus plus fréquents, mais aussi davantage proximal que par le passé. La légitimité des supérieurs repose maintenant sur d'une part, une capacité à transmettre un savoir, et d'autre part le consentement à l'autonomie des équipes (Osty et Uhalde, 2007). Par ailleurs, les auteurs suggèrent qu'une articulation positive autour de valeurs et de projets communs entre les différentes identités professionnelles est possible alors qu'ils montrent la possibilité d'une « culture plus ou moins homogène qui caractérise les possibilités d'entente, de coopération et de mobilisation de tous les membres d'une entreprise » (Osty et Uhalde, 2007, p. 14).

Parmi ces trois nouvelles identités, nous nous intéressons particulièrement au modèle du professionnel du service public défini comme « le modèle identitaire met[tant] l'accent sur la relation de conseil et de service qui procure un sentiment d'utilité sociale » (Le Capitaine, 2011, p. 99). Ce choix s'explique d'abord parce qu'il semble que l'action dans le service public puisse façonner l'identité professionnelle. Ainsi, cet élément pourrait alors influencer l'identité professionnelle des infirmières exerçant dans ce secteur. De plus, Osty et Uhalde (2007) trouvent certaines ressemblances entre leur identité entrepreneuriale et l'identité d'entreprise de Dubar, ainsi qu'entre leur identité de mobilité et l'identité de réseau du même auteur. Ainsi, nous croyons intéressant de nous attarder au modèle identitaire du service public, sans pour

autant affirmer que les autres identités d'Osty et Uhalde (2007) ne puissent exister chez les infirmières.

L'identité du service public

Selon Osty et Uhalde (2007), la création identitaire dans le service public s'établit sur la base d'un contact direct entre le travailleur et l'usager du service. En effet, le rôle de représentant étatique porté par les travailleurs dans un contexte de service public influe un sentiment d'« utilité sociale » qui est source de réalisation personnelle. Ce modèle identitaire est donc construit principalement dans cette interaction entre le professionnel et l'usager. La notion d'usager est pertinente, car les auteurs la distinguent de celle du client alors que le salarié dans son travail est guidé par un principe d'équité qui influe sur ses décisions en rapport aux demandes de ceux se retrouvant en face de lui. Les citoyens sont en effet réputés égaux dans la réception de services imputables à l'État. Par ailleurs, les auteurs notent une dualité dans la relation entre le travailleur et l'usager qui a un impact sur le développement de l'identité professionnelle. D'un côté, l'intensification des demandes au plan quantitatif ou en terme de diversité, amenant parfois la possibilité d'un climat d'agressivité où les compétences des travailleurs sont remises en doute, engendre une certaine appréhension dans le quotidien des professionnels. En outre, les auteurs mettent plutôt l'accent sur l'apport de la relation comme une « source de réalisation personnelle » amenant même les travailleurs à « dépasse[r] très souvent les attributions formelles de leur poste de travail » (Osty et Uhalde, 2007, p. 111). Ces dépassements quotidiens de leurs fonctions permettent sans doute d'illustrer l'importance qu'aura ce sentiment d'utilité sociale sur la définition de cette identité professionnelle.

De plus, certaines spécificités identitaires sont soulevées par les auteurs. Ainsi, « la notion de conseil » au cœur du travail dans le service public nécessite une part de « savoir-faire spécifique » alors que le travailleur doit traiter d'une multitude de dossiers où les situations sont toutes aussi uniques que diverses. Il a ainsi une marge d'autonomie, mais également de responsabilités, que l'on retrouve plus communément chez les travailleurs de métier et qui sont selon les auteurs significatifs au sens où ils laissent « [l']espace à investir pour construire une identité professionnelle » (Osty et Uhalde, 2007, p. 112). Enfin, la nature du travail qui

favorise le travail d'équipe et l'entraide est propice au développement d'une solidarité entre les salariés typique au sein des professionnels.

En outre, bien que le modèle identitaire d'Osty et Uhalde (2007) ait été élaboré à partir d'une catégorie de professionnels non infirmiers, soit le personnel administratif de la fonction publique ou parapublique française, nous retenons de celui-ci plusieurs éléments qui pourraient nous permettre de comprendre en partie la forme que peut prendre l'identité professionnelle des infirmières. À cet effet, les caractéristiques identitaires à retenir sont: le sentiment de réalisation personnelle, l'importance de la relation entre professionnel et usager, le contexte du secteur public et du travail d'équipe, ainsi que l'autonomie du professionnel.

Le concept de l'identité professionnelle fait l'objet d'une abondante littérature dont nous avons tenté de retenir l'essentiel de ce qui nous apparaissait le plus pertinent concernant les infirmières. Plusieurs formes identitaires peuvent se développer autour de la sphère qu'est le travail. Si celles abordées jusqu'à présent sont toutes liées à la profession, d'autres auteurs ont également envisagé qu'une identité puisse être développée par l'attachement à son organisation. Étant donné les liens parfois flous entre ces deux identités, nous avons cru bon de nous éloigner de l'identité professionnelle afin d'examiner brièvement à quoi réfère l'identité organisationnelle. Ceci afin d'être en mesure de ne pas les confondre. La prochaine section porte donc sur le modèle de l'identité organisationnelle.

iv. L'identité organisationnelle

Ashfort et Mael (1989) et Ashforth et Humphrey (1993) sont parmi ceux s'étant intéressés à ce qu'ils ont nommé l'identité organisationnelle. Dans leurs écrits, l'identité organisationnelle est envisagée comme une forme particulière d'identité sociale. En se fondant sur la théorie sociale de l'identité (*Social identity theory*) de Tajfel et Turner, les auteurs mettent en lumière le processus d'identification des individus à leur environnement organisationnel. Dans leur définition, l'identité réfère au processus par lequel les individus s'associent eux-mêmes, mais également associent leurs pairs, à des catégories sociales telles que le sont l'origine culturelle, l'appartenance religieuse, le sexe ou la couleur de la peau. Ashforth et Mael (1989) précisent

que cette classification demeure le reflet subjectif d'une perception que les individus portent sur eux-mêmes et sur les autres. Ainsi, « social identification therefore, is the perception of oneness with of belongingness to some human aggregate » (Ashforth and Mael, 1989, p. 21). L'identification individuelle à un groupe ou à une catégorie sociale aurait pour effet l'amélioration de l'estime du soi. En effet, prendre part à un collectif, y jouer un rôle, y avoir un statut, participer à son succès ou du moins à sa vitalité renforce le sentiment d'appartenance, la raison d'être de sa propre existence et alimentent finalement une identité sociale.

Or, l'identité organisationnelle n'est pas influencée uniquement par l'organisation, mais également, et surtout par les groupes avec lesquels les individus créent des liens au sein de celle-ci, comme le sont le syndicat, les collègues de travail, le département ou le « lunch group » (Ashforth and Mael, 1989, p. 22). Ceux-ci sont tous autant de collectifs permettant l'émergence d'une identité organisationnelle qui dépasse alors les frontières de la profession.

En outre, Ashforth et Mael (1989) seront parmi les premiers auteurs à concevoir l'identité organisationnelle selon ces termes puisqu'elle a longtemps été confondue avec des notions d'engagement organisationnel référant plutôt au processus d'internalisation par les travailleurs des valeurs et des buts propres aux organisations. Mais il importe de distinguer ces deux notions, car un individu même s'il partage les valeurs promues par son organisation n'en développera pas pour autant « a shared destiny with the organization but because the organization is a convient vehicule for personal career goals » (Ashforth et Mael, 1989, p. 23). L'identité organisationnelle est donc bien plus importante que le simple partage d'intérêts communs entre un travailleur et son organisation. Celle-ci devient un point d'ancrage majeur pour un individu alors qu'il développera un sentiment d'appartenance à cette organisation ou aux collectifs qui lui sont reliés. Il s'identifiera socialement, souvent avec fierté, à son milieu de travail. L'organisation n'est donc plus un simple employeur, mais la source d'un référent identitaire.

D'autres facteurs sont mis en évidence par la théorie alors qu'ils favorisent l'émergence d'une identification à un groupe ou à une organisation. D'abord, le concept de la *distinctiveness*,

autrement dit de la distinction, représente un mode d'identification basé sur une perception de différence ou d'unicité procurant aux individus ainsi un sentiment d'individualité. Le sentiment d'identification sera par ailleurs renforcé s'il advient que cette caractéristique qui unit le groupe est menacée. Ensuite, le deuxième facteur favorisant le sentiment d'identification à un groupe particulier réside dans le prestige social qu'il reçoit. L'identification étant une source d'estime individuelle, il semble que les individus chercheront à s'identifier à une organisation ou à un groupe bénéficiant d'une opinion positive au sein de la société. Enfin, la présence d'un *out-group* ou d'un groupe extérieur solidifierait l'identification d'un individu à son groupe. Ce phénomène s'explique par la prise de conscience du sentiment d'appartenance qui surgit chez les individus au contact de l'autre. Ce contact permet une meilleure lucidité par rapport à sa propre individualité (Ashforth et Mael, 1989).

De la théorie de l'identité organisationnelle, nous pouvons retenir la présence de collectifs internes aux organisations et de l'importance de leur rôle dans le développement identitaire. Ainsi, plusieurs types de collectifs peuvent stimuler un sentiment d'appartenance chez le travailleur pour son organisation, c'est le cas, par exemple, du syndicat, des collègues, de l'unité ou du département. De plus, trois autres facteurs sont énoncés comme favorisant l'identification individuelle des individus à leur organisation, il s'agit: de l'unicité, du prestige et de la présence d'un groupe externe. Ceux-ci seraient également valides pour l'identification à un groupe. Enfin, bien que l'identité organisationnelle se distingue de l'identité professionnelle par son objet d'identification, toutes deux peuvent être définies comme des identités sociales.

En conclusion, cette succincte revue de la littérature portant sur le concept de l'identité professionnelle, nous permet de comprendre d'une part le processus identitaire, et d'autre part quelles sont les formes de l'identité professionnelle. Nous retiendrons, dans le prochain point, une synthèse des théories vues, afin de mieux comprendre quelle forme peut prendre l'identité professionnelle des infirmières.

v. L'identité professionnelle des infirmières

L'identité professionnelle a fait l'objet de plusieurs théories parfois convergentes et parfois divergentes. Nous présenterons dans cette section une synthèse des éléments clés contenus dans les théories traitées précédemment. Puis, nous les appliquerons à la profession infirmière pour mieux illustrer la forme que peut prendre la profession infirmière.

a) Synthèse du concept

D'abord, résumons les éléments clés soulevés par les différentes théories de l'identité. La profession a été envisagée comme un milieu de production identitaire, dans les récentes décennies, correspondant également à la professionnalisation du marché du travail. Cependant, les premiers auteurs, dont Sainsaulieu (1977), aborderont plutôt la notion d'identité au travail. De plus, suivant les premières théories sur l'identité professionnelle ou les formes identitaires au travail (Dubar, 2002), certains auteurs, dont Osty et Uhalde (2007), ont identifié les formes identitaires correspondant davantage aux nouvelles réalités en organisation. Enfin, on observe que les identités professionnelles sont mouvantes, c'est-à-dire qu'elles s'adaptent et se modulent aux individus et aux cultures professionnelles, mais aussi à l'évolution des mondes du travail.

Ainsi, Sainsaulieu (1977), dans ses premières théories, a envisagé que des identités au travail naissent par l'expérience des individus lors des circonstances professionnelles en organisation. En effet, les relations entre individus y sont abondantes et donnent place à des rapports de pouvoir qui façonneront les identités individuelles. De plus, par l'expérience professionnelle en milieu de travail, les individus feront l'apprentissage de système de représentations, de normes et de valeurs, qui conduisent à l'élaboration de cultures distinctes. Sainsaulieu sera à cet effet l'auteur d'une typologie des cultures chez les individus qui éclairera la compréhension quant aux manières dont les individus agissent et se situent en organisation. De celle-ci, on peut en retenir que les milieux de travail sont des lieux importants de socialisation pour les individus.

Ensuite, nous nous sommes intéressées à la théorie de Dubar (2002, 2015) sur la socialisation professionnelle, qui peut être présentée en une continuité à la théorie de Sainsaulieu. D'abord, pour l'auteur, l'identité se construit à partir de socialisations successives dont chacune est le fruit d'une interaction entre l'identité du soi et l'identité pour autrui. Ainsi, l'identité individuelle est fondée sur la base d'une rupture ou d'une continuité entre une identité héritée de son passé et une identité visée. L'identité pour autrui, autrement dit l'identité collective, sera construite sur l'acceptation ou le rejet par les individus d'une catégorisation sociale conduisant à une reconnaissance ou non par les pairs. Ainsi, Dubar énoncera que les identités professionnelles correspondent alors à des logiques d'actions chez les individus qui seront influencées à la fois par leurs aspirations de carrière, à la fois par l'image qu'ils entretiennent de leur métier. À cet effet, l'auteur développe un modèle des dynamiques professionnelles où il définit quatre formes identitaires suivant ses observations sur le terrain.

En outre, les travaux d'Osty et d'Uhalde (2007) s'avèrent également pertinents puisque ces auteurs se sont intéressés à l'évolution des identités professionnelles suivant les nouveaux modes d'organisation du travail. Ils retiennent de leurs études que certains éléments se sont modifiés influençant ces nouvelles identités, dont la place centrale occupée par le travail, l'implication subjective des individus dans celui-ci, ou encore la modification du rôle de l'entreprise qui bénéficie désormais d'une image plus positive alors qu'elle est perçue comme un lieu de formation et de développement des compétences. Par ailleurs, les auteurs constatent une baisse des solidarités collectives au profit d'une tendance à l'individualisation des carrières. De plus, nous retenons leur modèle identitaire du professionnel du service public, car celui-ci, en plus de mettre en évidence des individus effectuant un travail relationnel dans le secteur public, vient s'ajouter aux formes identitaires avancées par Dubar (2015). Cette identité professionnelle se retrouve lorsque le travail prend son sens autour d'un aspect relationnel, puisque celui-ci est la source d'un sentiment de réalisation individuelle. De plus, les sentiments d'autonomie et de responsabilités au travail permettent l'espace au développement d'une identité de professionnelle. Celle-ci est renforcée par ailleurs par la présence d'une solidarité entre les professionnels.

Enfin, à la lecture des théories identitaires, la profession apparaît comme un milieu de socialisation d'où peut émerger une identité professionnelle. En ce sens, la profession deviendra suffisamment significative pour les individus qui accepteront d'être identifiés à celle-ci. En appliquant les principes fondateurs à la base de l'identité organisationnelle présentée par Ashforth *et al.* (1989, 1993), nous pensons qu'il est possible de considérer que l'attachement qui se crée entre un individu et son collectif organisationnel, ou dans notre cas, entre un individu et son collectif professionnel, pourrait être important pour expliquer une présence plus forte de l'identité professionnelle. À cet effet, la profession serait un référent identitaire pour l'individu tant au plan social, qu'au plan personnel.

Finalement, dans leurs recherches, Ashfort et Humphrey (1993) identifient trois facteurs susceptibles de renforcer une identité collective. Ils sont la distinction, le prestige et la présence d'un groupe extérieur. Bien que ces facteurs fassent davantage référence au collectif organisationnel, nous croyons pouvoir les appliquer au collectif professionnel. En effet, le savoir ou la compétence spécifique détenue par les professionnels est susceptible d'engendrer un sentiment d'unicité au sein du groupe. Les fonctions et tâches propres aux professionnels peuvent créer une division morale et légale du travail. Par ailleurs, la légitimité, dont ils bénéficient leur permettant d'être les seuls à exercer, entretient une aura de prestige de la profession. Enfin, la présence d'un groupe extérieur est possible par cette distance entre les professionnels et les autres travailleurs.

Après cette synthèse, voyons maintenant comment les théories recensées peuvent s'appliquer à l'identité professionnelle des infirmières.

b) Définition de l'identité professionnelle chez les infirmières

L'identité professionnelle des infirmières, en tant qu'identité sociale, est marquée par son assimilation à la féminité ayant « été traitée comme une profession typiquement “ féminine ”, c'est-à-dire privilégiant la vocation sur l'expertise, la disponibilité sur la compétence technique, les “ qualités féminines ” (séduction, savoir-faire domestique et relationnel, dévouement, capacité d'écoute...) sur les qualifications “ masculines ” » (Dubar, Tripier et

Boussard, 2011, p. 257). La nature du travail, soit les soins, qui ont été socialement associés à la sphère domestique, ainsi qu'aux femmes, explique l'influence de l'institution familiale et du rôle des femmes dans celle-ci sur le développement identitaire de la profession. Par ailleurs, les valeurs, codes de conduite et règles qui sont transmis au sein de la formation professionnelle influenceront l'identité infirmière avant même peut-être l'entrée en fonction.

Également, le droit professionnel qui régit la profession confère aux seuls professionnels le droit d'exercice. Celui-ci, en fournissant aux infirmières une légitimité légale, mais aussi sociale, est susceptible de consolider l'identité professionnelle de par la distinction qui s'établit entre le collectif et les autres travailleurs de la santé. De plus, cette distinction engendre normalement une prise de conscience de l'unicité du groupe professionnel. Ainsi, le titre professionnel de l'infirmière par son statut profite d'un certain prestige favorisant l'identification au groupe.

D'autre part, l'identité professionnelle des infirmières se distingue potentiellement par son spectre d'action situé dans le service public. Il semble, selon les travaux d'Osty et d'Uhalde (2007), que cet aspect puisse influencer l'identité professionnelle, car la reconnaissance qui émane du sentiment d'utilité sociale serait source d'un renforcement de l'identité collective et individuelle.

En somme, les éléments que nous venons de retenir des théories présentées sur l'identité professionnelle nous ont été utiles à l'établissement de notre définition d'une identité professionnelle des infirmières. Cependant, celle-ci reste surtout marquée par la profession en soi, puisqu'elle constitue le cœur du développement identitaire. Les prochaines sections seront alors consacrées à la profession infirmière et à ses différentes caractéristiques afin d'être davantage en mesure d'apprécier la teneur de l'identité professionnelle des infirmières.

L'identité professionnelle se définit comme une identification collective à une institution professionnelle. Celle-ci est encadrée par un ensemble de normes, de codes et de règles régissant les comportements des individus, les professionnels.

B. La profession infirmière et ses composantes

Afin de comprendre la profession infirmière actuelle, il est nécessaire de se pencher sur son histoire, et par le fait même, sur celle des femmes l'ayant occupée. Si le travail des soins a presque toujours existé, la profession telle qu'on l'a connaît aujourd'hui au Québec est une chose bien plus récente. Nous dresserons donc dans un premier temps un portrait historique de ce travail (i) en situant particulièrement dans celui-ci la présence des femmes qui l'ont accompli jusqu'à ce jour. Ensuite, dans un deuxième temps, nous nous intéresserons au processus menant à la professionnalisation du métier d'infirmière (ii). Enfin, dans un dernier temps, nous verrons les impacts déontologiques et éthiques (iii) sur la profession influencés par la présence du code de déontologie.

i. Histoire d'un métier au Québec

La littérature sur le travail des soins est particulièrement riche, le sujet ayant été étudié sous différentes perspectives: sociologique, historique ou féministe. Nous retrouvons ainsi deux courants d'analyse de l'histoire des soins et des personnes à qui incombe cette tâche depuis toujours. Par conséquent, deux catégories de personnes ont assuré les soins au Québec: les femmes au sein de la sphère privée (a), et les religieuses dans la sphère publique (b).

a) Les femmes

Les femmes confinées biologiquement au maternage ont été les premières à qui les soins ont incombé dans la sphère familiale. Elles sont donc celles qui de tout temps se sont « occup[ées] de l'autre » (Saillant, 1991, p. 12). Par les soins qu'elles prodiguent dans leur vie domestique, les femmes « contribuent directement à la production de la santé, incluant la promotion, la prévention, le maintien, [et] le recouvrement » (Saillant, 1991, p. 11). Selon Saillant, ce travail de soins largement dévalorisé dans notre société est pourtant plus qu'essentiel puisqu'il est celui qui préviendrait de la maladie. Les soins « omniprésent[s], mais dissimulés sous la médecine-spectacle » (Saillant, 1991, p. 11), qui elle dépossède les femmes d'un savoir ancestral, sont banalisés et invisibles tant ils font partie du quotidien de chacun.

Ainsi, pour l'auteure ce serait avant tout la famille et la communauté qui constitueraient les précurseurs des soins infirmiers. En effet, « les infirmières viennent [...] combler un besoin en main-d'œuvre pour des soins que la famille ne peut plus dispenser » (Saillant, 1991, p. 16). Pourtant, l'auteure trouve que les soins prodigués dans la sphère domestique sont toujours aussi présents au plan quantitatif, même si ignorés de prime abord. En exemple, l'auteure évoque notamment les travaux de Levin (1981) portant sur le « self-care », qui comprend entre autres l'ensemble des soins issus de la tradition orale, pour démontrer comment ceux-ci malgré leur nombre important font l'objet d'un dénigrement par les professionnels de la santé alors qu'ils sont souvent qualifiés sous les termes de « savoirs de bonnes femmes ». Toutefois, pour l'auteure, c'est une grave erreur de ne pas considérer le savoir précieux des femmes ayant contribué à l'émergence de certaines disciplines médicales comme la puériculture ou le *nursing*. D'ailleurs, les travaux, aujourd'hui controversés, de Florence Nightingale, publiés dans les années 1850 auraient, selon Saillant, « [été] d'abord destiné[s] aux femmes, celles qui devaient prendre soin des jeunes enfants et des malades » (1991, p. 19). Finalement, Saillant (1991) tente surtout de démontrer comment le système de santé a contribué à rendre invisible tous soins effectués en dehors de celui-ci. En effet, il « tend [...] à effacer la spécificité de la contribution des femmes à la production de la santé, car [il] distanci[e] et neutralise cette contribution, qui se perd alors dans la routine et la banalité des activités quotidiennes » (Saillant, 1991, p. 20).

En somme, même si la contribution des religieuses est davantage invoquée dans la littérature sur l'histoire de la profession infirmière, il nous semblait important de mentionner également l'apport que les femmes ont avant toute autre personne eu dans les soins infirmiers actuels. En effet, celui-ci nous permet de cerner la présence féminine de la construction identitaire des infirmières.

Voyons maintenant la contribution des religieuses à l'élaboration d'une profession devenue que tardivement laïque et rémunérée.

b) Des religieuses aux infirmières

Le passage des soins religieux vers des soins davantage professionnels, qui ne seront pas complètement laïques au tout début, s'amorce avec un certain retard dans la société canadienne-française. Alors que du côté anglophone, tant du côté canadien que du côté américain, on retrouve déjà les premières *training school of nurses* dans les années 1880, le clergé dans la province québécoise tient bon et résiste à l'émancipation éducative des femmes. Malgré tout, les infirmières du Canada anglais, appuyées par des médecins canadiens, réussissent à exporter leur modèle de la professionnalisation des soins par l'enregistrement légal partout au Canada du titre professionnel (Cohen et Vaillancourt, 1997).

Les sœurs hospitalières réalisent que l'État peut désormais accorder un titre professionnel à une pratique que les communautés religieuses exercent par dévotion depuis plusieurs siècles (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 543).

La pression est donc forte pour que des formations équivalentes à celles offertes dans le Canada anglais soient enfin accessibles aux infirmières québécoises. Une première école voit finalement le jour à Montréal en 1890, puis une seconde à Lévis en 1892, mais qui résistera à former des infirmières laïques jusqu'en 1944. Du côté de Montréal, un changement majeur se fait sentir seulement deux décennies après l'ouverture de l'école, alors que de 1910 à 1920 ce sont 85 infirmières laïques contre 18 infirmières religieuses qui seront formées. Enfin, la religion réussira à conserver une certaine présence au travers des formations, mais également des publications prenant la forme de revues professionnelles, destinées aux infirmières alors que le clergé s'assurera « [du maintien d'] une conception chrétienne des soins infirmiers en accord avec les progrès de la science » (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 544).

Le lourd passé religieux de la profession infirmière laisse des traces considérables sur celle-ci, qui ne semblent pas s'être effacées avec la laïcisation progressive du milieu de la santé. Dans certaines publications de la *Veilleuse*, première revue professionnelle fondée par les sœurs grises de Montréal, les auteurs y retraçant l'identité professionnelle des infirmières trouvent des extraits où l'on en appelle aux qualités requises chez celles-ci: « ponctualité, dévouement, courage, fermeté, douceur, patience et prudence » (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 546). Et même si ces vertus sont invoquées à cette époque dans une perspective de maintien d'une foi

religieuse au travers de l'exercice de la profession infirmière, nous pouvons supposer que celles-ci sont véhiculées même dans un enseignement laïc des savoir-faire et des savoir-être professionnels. En effet, dans son texte sur la culture soignante des infirmières, l'historienne Johanne Daigle (1991) confirme que les institutions de formations des infirmières sont majoritairement responsables de la transmission « d'un ensemble de valeurs normatives ».

Si les avancées sur le plan d'un savoir technique et pratique sont reconnues à la science, il demeure que le « véritable dévouement » ou la « vocation » des religieuses aux malades sont défendus comme nécessaires et primordiaux. « Cette conception traditionnelle des soins infirmiers [que représente « la dimension apostolique, charitable et féminine de la pratique infirmière »] reste présente dans la revue jusqu'en 1956 » (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 554).

Cependant, les auteurs (Cohen et Vaillancourt, 1997) notent un activisme important principalement chez les infirmières laïques à partir des années 1940. Celles-ci réclament de plus en plus leur autonomie, ainsi qu'une valorisation de leur statut au sein de l'hôpital. En effet, on souhaite alors « réorganiser socialement et administrativement la profession » (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 557). Lors d'un congrès national d'infirmières à Halifax, le propos du docteur Atlee, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de Dalhousie, adressé aux infirmières est particulièrement cinglant en la matière et dénonce l'exploitation dont elles sont victimes:

Pourquoi votre travail, pourtant si important, n'a-t-il pas été reconnu à son mérite? Pourquoi les hôpitaux ne sollicitent-ils pas votre avis et vos conseils? Pourquoi n'avez-vous pas votre part dans les organismes qui s'occupent de la santé publique? Pourquoi, telles des soldats, vous soumet-on à des règlements plus sévères que ceux qui régissent les autres professions? Pourquoi vous exploite-t-on comme des gens inférieurs? (cité par Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 557-558)

Par ailleurs, un certain fossé se creuse tranquillement entre les infirmières laïques et les infirmières hospitalières, alors que ces dernières n'ont pas accès à l'ensemble des fonctions de par leur position religieuse. De plus, « la consigne du silence et de l'obéissance » (propos d'Anne-Marie Dutaud, cité par Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 559) imposée aux religieuses est loin de convenir à toutes les femmes qui s'expriment désormais avec moins de retenue sur

la scène publique. Mais l'éloignement du dévouement à connotation religieuse au profit d'un « modèle professionnel de type identitaire [...] [se fait sans] aucunement rompre avec ce qui en a déterminé l'origine, la féminité et, bien sûr, l'ancrage national canadien-français » (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 559). Ainsi, si l'identité des infirmières se sépare peu à peu de la vocation religieuse, c'est seulement pour être mieux remplacé par la vocation féminine et maternelle (Cohen et Vaillancourt, 1997).

En résumé, la profession d'infirmière québécoise a été profondément marquée par les caractères religieux et féminin qui fondent son histoire. L'ouverture tardive de la profession aux personnes du sexe masculin, ainsi que leur présence toujours aussi faible plus d'un demi-siècle plus tard sert d'exemple pour illustrer les influences laissées par un modèle identitaire désuet. De plus, l'accent mis sur le dévouement et la vocation n'a fait que renforcer le stéréotype de la propension naturelle des femmes à l'exercice du travail.

ii. Vers une professionnalisation du métier d'infirmière

À l'image de son histoire, la voie vers une professionnalisation du métier d'infirmière au Québec accusera un certain retard. La première loi vers une reconnaissance légale est celle adoptée en 1920 qui permettra l'incorporation de l'Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec (AGMEPQ) réservant dès lors le titre de « garde-malade » aux seuls membres. Selon Cohen et Vaillancourt (1997), cette reconnaissance vient menacer l'hégémonie de l'Église en matière de soins. Par ailleurs, sa réticence pour le progrès scientifique explique sans doute l'appui de certains médecins franco-catholiques pour l'étatisation du système de soins.

En 1946, les infirmières obtiennent enfin l'adoption d'une loi leur octroyant la reconnaissance d'une semi-exclusivité des soins, qu'elles partagent cependant avec les aides et les auxiliaires. Lors de leur inscription à l'Association des infirmières de la province de Québec (AIPQ), elles obtiennent de plus un titre professionnel. Malgré tout, le recul de l'Église ne permet pas aux infirmières d'être libérées de cette oppression et de cette domination cléricale. Celles-ci ne sont

que mieux remplacées par celles de médecins sur les infirmières, celles d'hommes sur des femmes. En effet, « débarrassée du contrôle des communautés religieuses [...], l'infirmière éduquée pourra devenir l'adjointe d'autant plus éclairée du médecin que c'est lui qui s'est approprié sa formation » (Cohen et Vaillancourt, 1997, p. 567). Les médecins qui ont accepté de partager leurs savoirs avec ces femmes dans l'optique, ils le reconnaissent d'améliorer les services de soins aux patients, ne l'ont pas non plus fait afin qu'elles obtiennent une totale autonomie à l'hôpital. La persistance avec laquelle ils insisteront sur un modèle identitaire des infirmières fondé sur des caractéristiques féminines démontre, selon les auteurs, comment les médecins se sont accommodés de la position de pouvoir qu'ils détenaient et dont ils n'ont jamais voulu se départir. Contrairement à leurs consœurs canadiennes, les infirmières québécoises malgré leur statut de professionnelle sont longtemps restées dans cette position de « bras gauche » à l'hôpital.

À cet effet, il aura fallu attendre jusqu'à la Révolution tranquille pour que la profession infirmière prenne la place qu'on lui a trop longtemps refusée dans le système de santé. Ainsi, le Québec sera, par exemple, particulièrement long à se doter d'un code de déontologie pour les infirmières pourtant nécessaire à l'obtention d'une réelle reconnaissance professionnelle légale et sociale. Alors que sur la scène internationale, le Conseil international des infirmières (CII) adopte son premier code en 1953, c'est seulement en 1976 que la province fera de même. Il faut dire qu'avec l'adoption du *Code des professions*¹³, l'association professionnelle, maintenant l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), qui était jusqu'alors l'AIPQ, n'a d'autre choix que de réglementer la pratique infirmière. Toutefois, il est à noter que le code adopté diffère quelque peu de la tradition des codes de déontologie éminemment moraux, alors que celui des infirmières aborde également un aspect juridique: « si la dimension juridique “ ne s'oppose pas à l'ordre moral, il n'en demeure pas moins que l'exigence légale est minimaliste alors que l'exigence morale invite au dépassement. ” » (Durand, 2000, p. 344). Mais cette composante juridique, si elle pose certains questionnements quant à son sens dans un code moral, n'en dénature pas moins l'importance de la moralité dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* du Québec.

¹³ *Code des professions*, RLRQ, c. 26

Ainsi, le Code de déontologie a joué un rôle primordial dans la professionnalisation du métier. Par ailleurs, il est à supposer que celui-ci ait également eu un impact dans le développement de l'identité professionnelle puisqu'il est un important véhicule de transmission notamment des valeurs et des codes de conduites qui lui sont liés. La prochaine section permettra de mieux comprendre la présence déontologique et éthique sur la profession.

iii. La déontologie et l'éthique de la profession infirmière

Le Code de déontologie éclaire les infirmières et infirmiers sur leurs devoirs et obligations auprès du patient, du public et de la profession. Les devoirs et obligations s'appuient sur les valeurs de la profession infirmière: intégrité, humanité, respect de la personne, autonomie et compétence professionnelle, excellence des soins, collaboration professionnelle. Il constitue un guide pour les infirmières et infirmiers, notamment dans les relations avec leurs patients et leurs prises de décision au quotidien. Il s'agit d'un outil de responsabilité professionnelle individuelle qui présente des orientations de base guidant l'infirmière dans sa pratique quotidienne, dans une perspective de protection du public.¹⁴

La profession infirmière est soumise aux réglementations déontologiques du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*¹⁵. D'abord, la déontologie peut avoir plusieurs sens selon qu'elle soit envisagée dans une perspective professionnelle, philosophique ou encore dans les sciences humaines. Au plan professionnel, la déontologie prend le sens d'un ensemble de règles, de normes et de devoirs qui encadrent une profession. Ils sont le fruit d'une réflexion éthique sur leur sens, leurs fondements et leurs justifications. Le code de déontologie est donc l'outil dont une profession se dote y exposant les règles éthiques et administratives qu'elle entend respecter dans le but notamment d'assurer la protection du public, d'établir « la bonne renommée de la corporation » et de concorder avec les autres outils législatifs. Les professionnels s'exposent donc à des sanctions potentielles s'ils ne respectent pas les règles déontologiques (Lecomte, 2012).

¹⁴ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. En ligne <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/code>

¹⁵ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c. 1-8, r. 9.

D'un point de vue professionnel, notons que depuis sa mise en place en 1976, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* du Québec a subi plusieurs modifications et bonifications qui ont permis chaque fois l'élévation graduelle du statut professionnel de l'infirmière. Parmi celles-ci, retenons le projet de loi 90¹⁶ modifiant le Code des professions relativement au domaine de la santé adopté en 2002 et entré en vigueur en 2003. Cette loi a entraîné des modifications importantes à la *Loi sur les infirmières et infirmiers*¹⁷ permettant d'élargir le champ d'exercice professionnel des infirmières par la reconnaissance et l'optimisation de leurs compétences, mais aussi par celle d'une plus grande autonomie professionnelle (FIQ, 2009). Enfin, il importe surtout de mentionner que tout récemment, soit en 2015, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* a été profondément renouvelé avec 41 modifications, dont l'ajout de 14 nouveaux articles. Celles-ci visent principalement à adapter le Code à la réalité actuelle des infirmières sur des éléments quant à « l'autorisation de prescrire, la pratique de la psychothérapie, l'évaluation des troubles mentaux, ainsi que l'utilisation des outils d'évaluation et des médias sociaux. »¹⁸

En outre, d'un point de vue philosophique, l'étude de la déontologie est particulièrement intéressante puisqu'elle suppose une tout autre réflexion du sens que peut prendre le code de déontologie sur la profession. Ainsi, le courant utilitariste conçoit que certains actes sont bons ou à l'inverse mauvais. La déontologie suppose « par conséquent [que] certains actes sont moralement obligatoires ou prohibés sans égard à leurs conséquences heureuses ou malheureuses » (Lecompte, 2012, p. 309). Appliquée aux professions, cette vision de la déontologie implique alors l'existence d'une morale professionnelle chapeautant toutes actions. Mais cette morale professionnelle qui pèse sur les infirmières ou sur tout autre professionnel peut conduire à des tensions éthiques sur les comportements. En effet, selon Renaud *et al.* (2013), les choix pris dans le cadre d'intervention au travail sont soumis à trois niveaux de moralité, soit la morale professionnelle, la morale personnelle et la morale institutionnelle:

¹⁶ Projet de loi 90 devenu *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.

¹⁷ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c I-8.

¹⁸ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c.I-8, r. 9. En ligne <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/code>

Ainsi, des choix de conduites professionnelles, personnelles et institutionnelles s'imposent lors de toute action clinique et ceux-ci peuvent soulever des questionnements, des inquiétudes, des ambivalences quant à leur pertinence. Cette tension, générée par l'ambiguïté, est le fruit d'une opposition entre des conduites supportées par des morales distinctes. (2013, p. 13) (Nos soulignements)

Par ailleurs, cette morale professionnelle nous amène à nous questionner sur l'éthique des soins, car c'est entre autres sur celle-ci que reposent les choix professionnels. En effet, Blondeau (1999) confirme l'influence de la moralité sur les comportements au travail des infirmières: « la conduite professionnelle évolue dans un univers où la moralité et ses exigences établissent les règles mêmes du service infirmier » (Blondeau, 1999, p. 145). Ainsi, l'éthique des soins est intéressante puisqu'elle permet de remonter aux origines du métier, qui vont bien au-delà des premières traces déontologiques, et qui fondent finalement les codes moraux sur lesquels repose l'actuelle profession. Durand (2000) dans un ouvrage particulièrement dense sur l'histoire de l'éthique médicale retrace l'éthique et la déontologie des infirmières jusqu'aux toutes premières traces de la pratique des soins. Selon ses propos:

L'objectif des soignants de toute catégorie, spécialement dans ce que nous avons appelé le courant familial, devait être identique: préserver et maintenir la continuité de la vie humaine, apaiser et soulager les souffrances des êtres humains. On imagine que l'attitude sous-jacente à ces pratiques était tout empreinte de compassion, de sollicitude et, pourquoi pas, d'amour. (Durand, 2000, p. 46)

Il apparaît alors qu'au-delà de tout ordre ecclésiastique, les soins à autrui ont toujours reposé sur une attitude de dévouement, car « [s]oigner relève du don de soi et requiert une générosité qui peut être sans limite » (2000, p. 47). Si les soins ont reposé sur ces valeurs morales, que sont la générosité, le dévouement ou l'altruisme, à l'époque d'Hippocrate, il semble qu'ils soient encore aujourd'hui dirigés par ces mêmes fondements éthiques. À titre d'exemple, parmi les valeurs sur lesquelles s'appuie actuellement le code de déontologie, l'humanité est définie comme « la générosité envers l'autre, la tolérance et la solidarité [...] [qui] permet l'empathie et l'attention à l'autre »¹⁹. De plus, selon Blondeau (1999), il importe que les codes de déontologie s'efforcent de respecter les principes fondateurs à la base des professions. À cet

¹⁹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Valeurs de la profession infirmière. En ligne <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

effet: « la constance assure l'adhésion aux valeurs fondamentales de la profession, alors que le changement dénote le souci d'adapter les normes de pratique à l'évolution des connaissances tant scientifiques que professionnelles » (1999, p. 146).

Par conséquent, l'éthique des soins, toujours présente au fil des siècles, n'empêche pas l'émergence d'un désir pour une déontologie professionnelle qui s'arrime alors avec un besoin d'autonomie et de reconnaissance. Durand note « la préoccupation constante des infirmières [québécoises] de se doter d'un outil formel qui poserait les jalons d'une éthique infirmière » (2000, p. 295). Reléguées pendant trop longtemps aux titres de « servante », « bonne à tout faire », ou « de simple assistante », les infirmières ont un besoin criant de se distancier des valeurs traditionnelles énoncées par Nightingale. Il semble alors que c'est au sein d'une véritable profession reconnue par des compétences et des qualifications spécifiques, que les infirmières pourront trouver la pleine autonomie dont elles ont besoin pour se libérer des carcans posés par la religion d'abord, puis par les médecins. À cet effet, le code de déontologie devient l'expression d'une affirmation accrue de l'identité professionnelle des infirmières (Durand, 2000).

En somme, nous venons d'établir que le code déontologique est créateur d'une moralité professionnelle qui sous-tend chacune des actions, chacun des gestes des infirmières. Cette moralité contenue dans le Code est guidée par l'éthique des soins fondée depuis toujours sur des principes de don, d'indulgence et d'amour. En conséquence, l'identité professionnelle est fortement influencée par le code de déontologie, car il procure unité, prestige et légitimité. Il est également possible que ces éléments soient la source d'un sentiment d'appartenance et de reconnaissance susceptible alors de renforcer l'identité collective et personnelle.

Enfin, si l'éthique des soins s'est construite autour des valeurs énoncées précédemment, c'est que la nature du travail l'y incitait. De nombreux travaux se sont précisément intéressés à la nature de ce travail, nous les avons recensés dans la prochaine section.

C. Le *care* au sein de la profession infirmière

Le survol historique et légal présenté a permis de mieux comprendre le contexte dans lequel s'est établie et développée l'identité professionnelle des infirmières québécoises. Les composantes religieuses et féminines de par leur omniprésence ont considérablement orienté l'évolution de cette profession, que l'on pense à sa place au sein de la société, à sa surreprésentation par le sexe féminin ou encore à sa rétribution monétaire. Par ailleurs, lorsque l'on traite d'une profession de soins, il semble impossible d'aborder le sujet sans s'intéresser aux travaux sur le concept du *care*. Ce terme, qui ne trouve toujours pas d'équivalent francophone, caractérise la nature même du travail des infirmières. En outre, nous présenterons d'abord une brève définition du concept social du *care* (i). Puis, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'invisibilité du *care* (ii) et aux effets de celle-ci sur le travail rémunéré.

i. Définir le *care*

Dans un numéro spécial sur l'économie politique du *care*, Paturel (2014) s'attarde à définir le *care* et à en expliquer les origines. Le *care* que l'on pourrait traduire comme le souci pour autrui est une notion complexe et dépasse la seule frontière des soins. La première auteure à aborder ce concept est Carol Gilligan dans son ouvrage *In a different voice* (1982), qui sera remarqué tardivement du côté francophone, car selon certains la première traduction ne rendait pas justice aux idées maîtresses de Gilligan.

D'abord, le *care* peut être traduit comme une « responsabilité pour autrui consist[ant] à entendre et à prendre en compte ce qui se passe dans les relations avec les autres, en prêtant attention au point de vue de chacun et que les différentes voix soient entendues » (Paturel, 2014, p. 6). Cependant, Gilligan dans son ouvrage insiste principalement sur le fait que le *care* engendre une problématique, celle de ne pouvoir « s'en rapporter à des principes universels » (Paturel, 2014, p. 6). En effet, Joan Tronto, second penseur majeur de l'éthique du *care*, avance qu'il existe une opposition, mais pas forcément incompatible, entre *care* et justice. Le

care dans son souci d'attention envers les individualités de chacun ne peut répondre aux mêmes critères que ceux à la base du concept même de la justice. Ainsi, « le *care* s'inscrit donc dans le désir de faire valoir l'attention aux autres singuliers, aux détails de la vie humaine enracinée dans l'expérience vécue » (Paturel, 2014, p. 7).

Or, selon Paturel (2014), mais également selon Tronto (1993), l'erreur notamment commise par Gilligan, mais aussi par d'autres penseurs, sera d'envisager le *care* comme tributaire des femmes, comme si elles étaient conditionnées biologiquement à celui-ci. Mais, le *care* doit plutôt être analysé dans une perspective prenant en compte la dynamique des rapports sociaux de pouvoir: « le déni des rapports de force [...] voile le fait que ce sont les personnes les plus démunies à qui échoue le travail de *care* » (Paturel, 2014, p. 7). Ainsi, les défis amenés par l'étude du *care* sont principalement de l'envisager dans une perspective contextuelle, historique et de rapports sociaux, et non pas seulement selon celle des soins. En effet, un courant théorique dans l'étude du *care* persiste à voir dans le *care* « une dyade de soins, formée par un plus puissant qui offre des soins (*care-giver*) et un plus faible qui en bénéficie » (Tronto dans Molinier *et al.*, 2009, p. 36).

Définir le *care* paraît donc complexe tant le concept correspond à bien plus qu'une activité entre deux personnes. Dans un souci de globalité, Tronto et Fisher (1990) choisissent de définir le *care* comme suit :

Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre “monde” de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. (Molinier *et al.*, 2009, p. 37)

Dans cette définition, quatre dimensions du *care* sont présentes. D'abord, la dimension du «caring about», soit la reconnaissance d'un besoin chez autrui. Ensuite, le «caring for» faisant référence au fait de prendre soin de l'autre et qui implique alors une responsabilité face à la tâche. Le «care giving» suppose l'acte de soigner et d'en avoir la compétence pour le faire. Cette compétence n'est pas nécessairement technique, mais peut également être d'ordre moral

selon Tronto (Molinier *et al.*, 2009). Enfin, la dimension du «care receiving» réfère à la « capacité de réponse, la réactivité » suite aux soins reçus.

En outre, dans les approches sociologiques, le *care* est davantage envisagé comme le « souci des autres », même si le concept peut également faire référence au « souci de soi » ou au « souci du monde » (Molinier *et al.*, 2009, p. 38). Pour Tronto, il faudrait que le *care* ne soit pas réduit à une seule attitude de responsabilité ou d'altruisme, et qu'il ne soit pas non plus quantifié ou mesuré. Le *care* permet une vision du monde « comme un ensemble de personnes prises dans des réseaux de *care* et engagées à répondre au besoin de *care* qui les entourent » (Molinier *et al.*, 2009, p. 39).

Afin de comprendre le *care* sous l'angle de l'activité du travail, nous nous intéresserons principalement au phénomène de l'invisibilité du *care*.

ii. L'invisibilité du *care*

*L'attention aux besoins d'autrui efface ses propres traces,
disparaît comme effort ou comme travail*²⁰

Molinier *et al.* (2009) empruntent l'expression « les silences du *care* », Benelli et Modak (2010), elles, parlent d'« un objet invisible ». Quels que soient les termes utilisés pour décrire ce phénomène, le déni de reconnaissance est caractéristique d'un travail de *care*. Ce déni de reconnaissance est imbriqué à un point tel dans les habitudes sociales que les travailleuses du *care* expriment elles-mêmes beaucoup de difficulté à percevoir ce travail qu'elles accomplissent. En effet, selon Molinier *et al.* (2009), l'un des enjeux dans la reconnaissance des tâches associées au *care* est justement de pouvoir « identifier et décrire » ces gestes naturalisés. Selon les auteures, « [i]l existe un réel déficit langagier pour qualifier le type de relations, y compris affectif, qui se construit dans une relation de *care* professionnel » (2010, p. 21). Dans leur analyse du travail de *care* chez des assistantes sociales, Benelli et Modak se sont vues confrontées à cette réalité alors qu'elles constatent que même si celles-ci ont « une

²⁰ Molinier *et al.* (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris, Éditions Payot & Rivages, p. 18.

conscience nette des objectifs, du sens et de l'organisation de leur travail, [...], [elles] ne savent pas d'écrire l'invisibilité du travail, naturalisé, qu'[elles] effectuent de manière routinière » (2010, p. 56-57).

Le travail de *care* « a [donc] ceci de remarquable qu'[il] est surtout non remarqué » (Paturel, 2014, p. 7). Envisagé comme une sensibilité, une attention, un souci des autres, le travail du *care* est confondu avec l'aptitude naturelle de l'humain alors qu'il implique pourtant autant de responsabilité, d'engagement et d'intérêt. Selon Molinier *et al.* (2009) « plus les personnes qui font le travail de *care* en ont l'expérience, moins elles sont en mesure de discerner, [...], la complexité de ce travail qui, réellement n'apparaît que quand il n'est pas fait ou mal fait. On s'habitue très vite au confort que procure le travail de *care* » (2009, p. 19). Benelli et Modak (2010) ajoutent : « la production du *care* va de soi, elle ne se voit que lorsqu'elle manque » (2010, p. 39).

En effet, les assistances sociales interrogées par Benelli et Modak (2010) entretiennent un discours similaire. Même si elles reconnaissent les compétences techniques et intellectuelles requises par leur travail, elles sont avant tout persuadées qu'elles doivent « être fait[e] pour ce métier ». Par ceci, elles sous-entendent qu'il est nécessaire d'avoir d'abord en soi cette prédisposition à l'écoute ou à la sollicitude (2010, p. 56).

Mais ce déni de reconnaissance du travail de *care* effectué comporte des coûts importants. Selon Benelli et Modak (2010), il tendrait notamment à effacer le travail émotionnel sollicité dans le *care*. Par ailleurs, « [c]e rejet du travail émotionnel sur l'individu caractérise le processus de professionnalisation des métiers qui valorise principalement l'acte technique visible, donc mesurable, et délègue dans la sphère privée et l'intimité subjective ses aspects non mesurables, donc sans valeur marchande » (Benelli et Modak, 2010, p. 56). Pourtant, les auteures (Benelli et Modak, 2010; Molinier *et al.*, 2009) rappellent qu'une travailleuse du *care* qui n'exprimerait aucune émotion, une infirmière qui serait froide avec les patients, serait vite invitée à quitter la profession.

Selon Soares, l'invisibilité du travail émotionnel n'est que le reflet flagrant des croyances populaires voulant que « les travaux des femmes sont “ légers ” et faciles à accomplir » (2011, p. 131). Les auteurs (Soares, 2011; Benelli et Modak, 2010; Hallée, 2005) invoquent que c'est notamment le passage de compétences associées au *care* pratiqué d'abord dans la sphère privée, puis transféré à la sphère publique ou professionnelle, qui permet en quelque sorte cette absence de reconnaissance. Pour Perrot, « ces métiers [du *care*] s'inscrivent dans le prolongement des fonctions “ naturelles », maternelles et ménagères (...) des qualifications réelles déguisées en qualités “ naturelles ” et subsumées dans un attribut suprême, la féminité » (Soares, 2011: 131).

Ainsi, selon Benelli et Modak:

L'analyse du travail de *care* en contexte professionnel bute sur un obstacle de taille, son imprégnation par l'idéal du modèle vocationnel incarné dans l'idéal maternel (don, amour, responsabilité sans limites), modèle que l'on croirait – à tort – totalement évacué des métiers du service à la personne. (2010, p. 41)

Le rapprochement entre le travail de *care* et le travail domestique explique selon les auteurs (Soares, 2011; Benelli et Modak, 2010; Hallée, 2005; Bullock et Morales Waugh, 2004) comment la dévalorisation du second vient justifier la dévalorisation du premier. En effet, Hallée (2005), dans un texte portant sur l'équité salariale, invoque que « le manque de considération pour le travail domestique se répercute dans l'organisation lors de l'évaluation du travail des femmes » (p. 779). Selon Soares (2011), les modèles de gestion adoptés actuellement dans les organisations ont pour effet de sous-évaluer les « exigences d'ordre cognitif, émotionnel et sexuel du travail des femmes » (2011, p. 132). Cette non-reconnaissance des compétences comprises dans le travail de *care* engendre « une dévalorisation du travail accompli » par les travailleuses et par le fait même « un sentiment de mépris social » (Soares, 2011, p. 129).

Enfin, nous venons de prendre compte de l'une des assises de la profession, soit son confinement dans les barrières du *care*. En effet, le *care* envisagé comme travail rémunéré est marqué par l'invisibilité de ses gestes. L'évaluation des compétences est alors parsemée de cette absence de reconnaissance. Cette invisibilité est également la réalité du travail

émotionnel. Nous nous intéresserons donc en dernier lieu de notre revue de la littérature à cette autre caractéristique du travail infirmier, qui marque elle aussi l'identité professionnelle.

D. Les émotions dans le travail

Le travail des infirmières, comme tout travail de soins à autrui est un travail émotionnel. L'abondance des relations humaines auquel le travail de *care* fait place requiert une importante gestion des émotions, car « il n'y a pas de relation sociale sans émotion » (Soares, 2011, p. 133). Les études sur les émotions au travail se sont faites plus nombreuses au cours des dernières décennies alors que la composante émotionnelle a été longtemps grande oubliée trouvant peu de reconnaissance dans l'évaluation des emplois sur le marché du travail:

Plusieurs analyses du travail [quel qu'il soit] sont faites comme s'il était possible de laisser nos émotions à la porte des organisations. Les émotions au travail sont et restent invisibles, non reconnues. (Soares, 2011, p. 132)

Cependant, les émotions ont un impact considérable sur le travail alors qu'elles « [font] partie[s] intégrante des procédures de raisonnement et de prise de décision » (Damasio, 2002 cité par Soares, 2011, p. 133). Définir les émotions et leurs origines est une tâche ardue alors que différentes écoles de pensées s'y sont intéressées longuement, mais s'opposent sur la question. Nous pouvons donc retenir quelques éléments soulevés par Hochschild (2003) dans ses travaux sur le travail émotionnel. L'origine des émotions est discutée au sein de deux courants majeurs: les organicistes et les interactionnistes.

Les penseurs organicistes attribuent les émotions à des composantes biologiques sur lesquelles l'individu n'a peu ou pas de contrôle, tels les instincts ou les pulsions. Elles sont définies par différents penseurs comme « une expression instantanée » (Darwin), comme « le relâchement d'une surcharge de tension à un point de rupture » (Freud), ou comme « une réaction viscérale sans intermédiaire et instantanée en réponse à un stimulus perçu » (James et Lange) (Hochschild, 2003, p. 23).

Les théories interactionnistes, quant à elles, attribuent davantage d'importance aux facteurs sociaux dans l'expression des émotions. Dans cette perspective, les émotions se distinguent des

mécanismes d'adaptation exclusivement biologiques « en ce sens que la pensée, la perception et l'imagination [...] y sont intrinsèquement mêlées » (Hochschild, 2003, p. 25). Ainsi, nous retenons le courant sociologique qui envisage les émotions comme « socialement construites et enracinées dans le corps ». Les émotions répondent à un apprentissage social fondé sur des codes et des normes culturelles et influencées par « les valeurs, les croyances [et] les stéréotypes » (Soares, 2011, p. 133).

En outre, certains penseurs de l'école interactionniste, tels que Lazarus, ont également trouvé que les individus sont capables d'exercer un certain contrôle de leurs émotions. Cependant, ceci implique, selon Goffman, un effort résultant d'une « gestion directe de l'expression comportementale » ou d'une « gestion des sentiments » (Hochschild, 2003, p. 29). Hochschild explique que la première, soit la gestion directe, réfère à une gestion des émotions de surface, car elle est superficielle en ce sens qu'elle est une réponse visible et perceptible du corps. La seconde, soit la gestion des sentiments, est une réaction plus en profondeur impliquant un travail de contrôle interne des émotions vécues par l'individu, qui est alors dicté par des facteurs sociaux, car « les facteurs sociaux affectent la façon dont les émotions sont provoquées et exprimées » (Soares, 2011, p. 133).

Par conséquent, toutes ces informations sur les manières dont sont contrôlées et vécues les émotions amènent les chercheurs contemporains à s'intéresser au travail émotionnel. Hochschild (2003) définit le travail émotionnel comme « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (p. 32). Le travail émotionnel peut être fait en deux sens, d'abord dans l'optique de simuler une émotion qui de premier abord était absente, ou encore dans une tentative de dissimuler une émotion ressentie de manière incontrôlée. Quoi qu'il en soit, ce travail émotionnel répond à des demandes sociales « qui dirigent la façon dont nous voulons essayer de ressentir [et qui] peuvent être décrites comme un ensemble de règles partagées socialement, bien qu'elles soient souvent latentes » (Hochschild, 2003, p. 36). Ces règles de sentiment vont agir comme une délimitation quant à l'intensité, le type et la durée des émotions qui devraient être ressenties selon les situations (Soares, 2011). Bien évidemment, ces règles sont implicites et les individus auront en fait peu conscience qu'elles régissent leurs expressions émotionnelles. Enfin, les règles des sentiments

bien qu'elles peuvent être « quasiment universelles » peuvent également être attachées à des groupes sociaux et « utilisées pour [qu'ils] se distinguent [...] entre eux » (Hochschild, 2003, p. 39).

Ainsi, les règles de sentiments ont un impact sur le travail alors qu'elles demandent aux individus d'« accomplir une certaine gestion des émotions » (Soares, 2011, p. 134). Cette gestion nécessite, par ailleurs, « la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions, ainsi que des émotions d'autrui dans et pour l'accomplissement du travail » (Soares, 2011, p. 134). Selon Hochschild, une gestion des émotions quotidiennes est présente dans un travail impliquant:

[...] un échange verbal avec le public; [lorsque] l'attitude et l'expression du travailleur ou de la travailleuse produisent un état émotionnel [...] chez le client; [et si] les employeurs peuvent exercer un contrôle sur les activités émotives des employés, à travers, par exemple, la formation et la supervision. (Soares, 2011, p. 134)

Par ailleurs, nous devons considérer « que le travail émotionnel est lui aussi sexué » (Soares, 2011, p. 136). À cet effet, le travail émotionnel est soumis aux critères du genre social, c'est donc dire qu'il y a une division sexuelle des émotions alors que certaines émotions sont considérées comme féminines et d'autres comme masculines. De plus, Soares rapporte que les émotions seront également hiérarchisées sexuellement. En effet, pour Fischer « les émotions sont à la source de la création des iniquités [de genre] » (Soares, 2011). Ainsi, les émotions attribuées au sexe féminin sont synonymes d'impuissance ou de passivité, alors que les émotions masculines seront davantage signe d'« une tentative de gagner ou de regagner le contrôle de la situation ». Les stéréotypes émotionnels permettent la perpétuation de la division sexuelle du travail où les femmes sont confinées « au domaine de l'émotionnel, du domestique et de la reproduction » (Soares, 2011, p. 136).

En somme, le travail émotionnel requiert des efforts qui sont difficilement mesurables et quantifiables. Cependant, nous croyons qu'il importe de le prendre en compte alors que nous souhaitons saisir les particularités de la profession infirmière. Par ailleurs, même peu reconnu, le travail émotionnel est pourtant particulièrement présent dans le travail des infirmières. En effet, les travaux portant sur les travailleuses des soins révèlent toute l'importance qu'elles

accordent à la relation avec les patients. Aussi, c'est justement au cœur de ces moments que le travail émotionnel se montre si nécessaire.

Nous venons de voir que la profession infirmière peut être caractérisée par différentes dimensions qui auront certainement une influence sur l'identité professionnelle. Parmi celles-ci, nous avons vu l'influence du code de déontologie affectant non seulement les règles professionnelles, mais aussi la morale professionnelle. De plus, nous avons retenu la composante du *care*, car elle définit la nature du travail relationnel effectué par les infirmières. Enfin, nous avons abordé le travail émotionnel alors qu'il est au cœur des interactions quotidiennes entre les infirmières et leurs patients.

CHAPITRE II - PROBLÉMATIQUE, MODÈLE DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

Dans le premier chapitre, nous avons tracé un bilan de la littérature. Dans ce deuxième chapitre, nous traiterons dans un premier temps de la problématique de recherche (I). Ensuite, nous définirons notre modèle de recherche (II), puis nous formulerons nos propositions de recherche. Enfin, nous établirons la méthodologie (III) qui sera utilisée dans ce mémoire.

I. La Problématique

La revue de la littérature qui a été présentée au chapitre précédent a permis de mettre en lumière le phénomène de l'invisibilité du travail. D'abord, l'invisibilité d'une partie du travail accompli dans les emplois traditionnellement féminins, et même plus largement de la présence de ces emplois sur le marché du travail, est un phénomène découlant d'une culture patriarcale où les rapports sociaux sont fondés sur la domination des hommes par rapport aux femmes. Il prend ses sources au sein d'une division sexuelle du travail dans laquelle la sphère publique est traditionnellement réservée aux hommes, alors que la sphère privée est l'affaire des femmes (Soares, 2011). Les métiers du care, métiers de femmes, tels que celui d'infirmière, y sont par ailleurs particulièrement vulnérables. Cependant, cette invisibilité n'est pas le résultat d'une absence, tout au contraire, mais bien celle d'un manque de reconnaissance de la valeur du travail effectué par les femmes.

En outre, le travail de soin a longtemps manqué de cette reconnaissance sociale, car perçu comme appelant à des compétences naturelles et innées chez les femmes, il a toujours été envisagé comme un travail facile à accomplir. Au Québec, le passage tardif des soins religieux vers des soins laïques a permis au travail des infirmières d'obtenir une place parmi les professions reconnues. Cependant, notre recherche vise à démontrer qu'il demeure toujours une part d'invisible dans le travail des infirmières qui se traduit notamment par une sous-rémunération du travail réellement accompli, ainsi que par un manque de reconnaissance perceptible aux travers, d'une part, des faibles salaires accordés aux infirmières dans le secteur

de la santé et des services sociaux, et d'autre part, des conditions de travail particulièrement difficiles et peu conciliantes, telles que celles relatives au temps supplémentaire.

Ainsi, le travail gratuit accompli par les infirmières se manifeste sous plusieurs formes notamment sous le couvert du don de soi, de la personnalisation du service ou de l'obligation morale. Concrètement, les auteures (Cognet, 2002; Dussuet, 2011; Benelli et Modak, 2010) ont avancé que le travail de soins laisse place à des dépassements fréquents et spontanés de la tâche formelle, puisque les soins ont cela de particulier qu'ils ne peuvent être rigides. À cet effet, les soins infirmiers sont également empreints d'une sensibilité, celle que l'on retrouve communément dans la sphère domestique, et cela afin que la personnalisation du service soit possible, car celle-ci permet toute la qualité du travail (Dussuet, 2011). Mais ce savoir-être n'est ni reconnu ni rémunéré. Enfin, selon Cognet (2002) c'est par ailleurs sous la culpabilité ressentie par les travailleuses que prend finalement forme le travail gratuit. Les femmes, lorsqu'elles sont au travail, ne se dissocient pas du rôle social qui leur a été attribué depuis toujours. Elles ne font alors que répondre positivement aux attentes collectives.

Enfin, une toute nouvelle forme d'invisibilité au travail est apparue dans les recherches portant sur ce concept encore peu étudié qu'est celui de l'obligation de disponibilité. À la lumière de la jurisprudence citée par Bruno (2015), il nous apparaît que les infirmières sont implicitement subordonnées à leur employeur lors de moments qui ne sont pas du temps de travail, et ce via une obligation de disponibilité. En effet, alors qu'elles ne sont plus contraintes par les obligations de leur rôle de professionnelle, les infirmières se retrouvent dans des situations où elles ne semblent pas pour autant libres de leur temps. Nous avons estimé la présence de cette contrainte implicite lors de quatre moments critiques, soit lors des périodes de pause-repas, lors du chevauchement entre les quarts de travail, lors de demandes pour des heures supplémentaires et lors de période de service commandé à l'extérieur de l'établissement. En outre, l'invisibilité de cette subordination naît ici de son caractère tacite, c'est-à-dire qu'en ne correspondant pas à la définition classique d'une prestation de travail, celle-ci n'est donc pas toujours reconnue comme telle. Par ailleurs, cette invisibilité rend pour le moins questionnable les frontières du temps de travail, ainsi que l'absence de rémunération ou de compensation pour ce bris de la liberté des salariés.

Or, le phénomène de l'obligation de disponibilité implicite est le résultat d'une intensification du travail généralisée désormais à l'ensemble d'un marché en quête perpétuelle de flexibilité. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, cette intensification du travail s'est d'autant fait sentir que la pénurie d'infirmières a concordé avec une augmentation de la clientèle à soigner (Lapointe *et al.*, 2000). L'employeur, tenu par des restrictions budgétaires, et en ne tenant pas compte de la réalité du travail imposé à ses salariées, c'est-à-dire un manque persistant de personnel pour une charge croissante de travail, a placé les infirmières dans une position où elles se retrouvent déchirées entre, d'une part, leurs responsabilités professionnelles face aux collègues ou aux patients et, d'autre part, leurs responsabilités personnelles et familiales. À cet effet, la littérature démontre les effets néfastes d'une telle disponibilité sur la santé psychologique et physique des infirmières, ainsi que les difficultés qu'elle engendre en matière de conciliation travail-famille.

Par ailleurs, selon Dubar, Tripier et Boussard (2011), les nouvelles normes d'organisation du travail ont conduit à des comportements de surinvestissement chez les professionnels qui seraient encouragés par des pressions de nature, ou bien économique, ou bien sociale et fondées sur la reconnaissance. Également, il semble que jamais l'implication subjective des individus dans le travail n'aura été aussi importante qu'aujourd'hui (Dubar, cité dans Dubar, Tripier et Boussard, 2011). À cet effet, de nouvelles formes identitaires auraient fait leur apparition caractérisées notamment par des comportements de surinvestissements chez les individus. En outre, selon Causer et Gasparini (2009), il importe particulièrement de s'intéresser à ces évolutions identitaires, car elles auront un large impact sur le devenir du travail et des travailleurs.

À cet effet, les propos des auteurs rejoignent en un sens les théories sur l'identité professionnelle recensées dans le bilan de la littérature. Ainsi, comme nous l'avons vu, la profession est un lieu de socialisation qui est fonction d'un ensemble de normes, de règles et de codes orientant les conduites de chacun et auxquelles les individus choisissent d'adhérer (Dubar, 2002). Par ailleurs, ces éléments se distinguent selon les particularités de chaque profession, puisque celle-ci est forcément influencée par la philosophie, l'éthique et les valeurs

transmises de génération en génération par ceux ayant toujours pratiqué le métier. De plus, selon Alderson (2006), « travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer et se produire soi-même, soit se révéler soi-même » (2006, p. 88). Les propos de l'auteure illustrent bien comment le travail, ainsi que la profession sont des lieux au sein desquels les individus se construisent pour y trouver parfois même un sens à leur vie. Les individus et le travail ne sont pas des entités étanches, ils cohabitent en permanence et s'influencent mutuellement.

Dans cette recherche, nous nous intéresserons donc à l'incidence de l'identité professionnelle des infirmières sur l'émergence de l'invisibilité du travail envisagé sous deux angles différents que sont ceux du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite. Alors que la profession semble avoir un grand rôle dans les actions posées par les travailleurs, il nous semble donc pertinent de s'interroger sur son effet sur les dépassements au travail qu'effectuent quotidiennement les infirmières. De plus, la profession pourrait être un vecteur puissant à l'acception collective de certaines normes au travail telle que celle de la disponibilité temporelle en continu se manifestant par l'obligation de disponibilité implicite lors des pauses-repas, par exemple. Également, certains éléments propres à l'identité professionnelle des infirmières nous laissent croire que ces dernières seraient d'autant plus sujettes à l'invisibilité de leur travail. En effet, dans les travaux portant sur le travail du *care* et sur le travail émotionnel, les auteures sont nombreuses à relater l'invisibilité sociale contenue dans le travail de soins (Molinier *et al.*, 2009; Benelli et Modak, 2010; Soares, 2011). À cet effet, notre question de recherche est formulée ainsi: **Dans quelle mesure l'identité professionnelle des infirmières contribue-t-elle à l'invisibilité de leur travail sous l'aspect du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite ?**

Bien qu'une littérature plus qu'abondante soit disponible sur le travail de *care* et sur les femmes ayant participé à celui-ci, peu d'études se sont encore attardées à l'identité professionnelle propre aux infirmières. Notre recherche vise donc à mieux définir et comprendre les particularités de cette identité, puis à évaluer son incidence sur les comportements de dépassements qu'adoptent les infirmières en effectuant du travail gratuit. De plus, notre recherche souhaite explorer un terrain encore peu connu, soit celui de l'obligation

de disponibilité implicite, qui participerait selon nous à l'invisibilité du travail. Les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite ont surtout été envisagées sous un angle jurisprudentiel, mais ont encore été peu traitées sur le plan empirique. Par cela, nous souhaitons donc confirmer et enrichir les résultats trouvés par Bruno (2015), dans son mémoire de maîtrise, quant à l'existence de cette forme d'obligation.

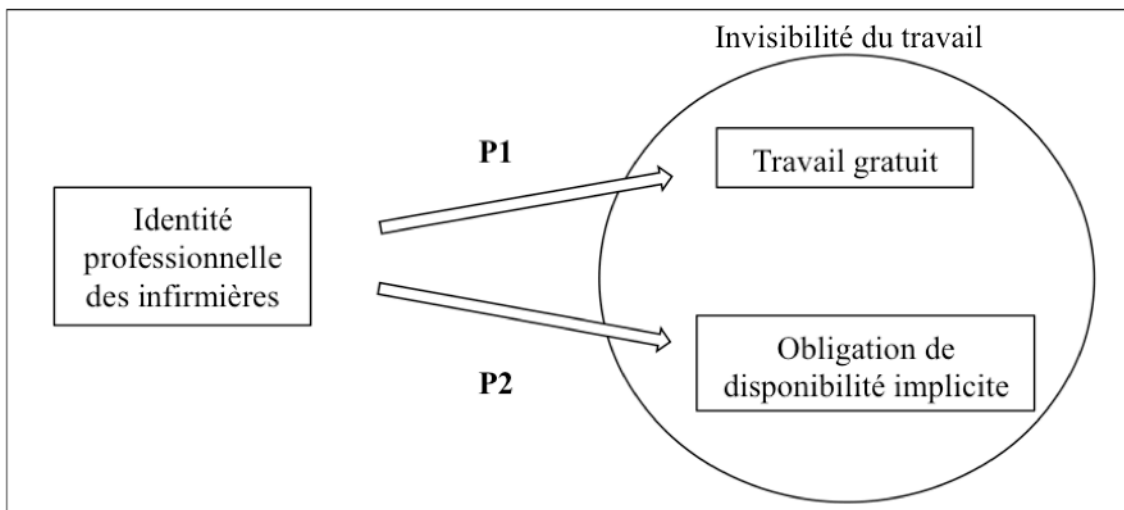
II. Le modèle de recherche et les propositions

Dans cette section du chapitre, nous présenterons notre modèle de recherche (A) en y schématisant les concepts retenus dans la littérature. Ce modèle conceptuel nous permettra ensuite de formuler nos propositions de recherche (B).

A. Le modèle de recherche

Dans notre mémoire, le modèle de recherche prend la forme du schéma suivant:

Figure 1 : Le modèle de recherche



Ainsi, ce modèle comporte deux variables dépendantes, qui sont: le travail gratuit et l'obligation de disponibilité implicite. Ces deux concepts ont été réunis sous le thème de l'invisibilité du travail dans la revue de la littérature, mais puisque leurs origines sont

différentes, nous avons choisi d'en faire deux variables distinctes. Enfin, nous n'avons qu'une seule variable indépendante dans ce modèle, soit l'identité professionnelle des infirmières.

En outre, nos objectifs de recherche se décomposent en deux temps: dans un premier temps, nous souhaitons illustrer une variété de formes de l'obligation de disponibilité implicite et du travail gratuit; puis dans un deuxième temps, nous voulons évaluer l'incidence de l'identité professionnelle sur les manifestations que nous aurons trouvées. Voyons maintenant les propositions de recherche que nous formulons à partir du modèle conceptuel et de nos objectifs de recherche.

B. Les propositions de recherche

La revue de la littérature présentée dans notre premier chapitre nous amène à formuler des propositions de recherche. Rappelons que le but de celles-ci est d'évaluer l'incidence de l'identité professionnelle des infirmières sur leur exécution d'un dépassement du travail, qui ne sera pas rémunéré, et également de mesurer son effet sur leur mise en disponibilité lors de périodes correspondant à une obligation de disponibilité implicite. Par ailleurs, nos propositions seront vérifiées par une étude de terrain.

Proposition 1 : Une forte adhésion à son identité professionnelle en tant qu'infirmière est associée à une présence plus importante des manifestations du travail gratuit.

Cette proposition vise à vérifier l'association entre l'identité professionnelle des infirmières et leur propension à effectuer les tâches non prescrites dans leur travail quotidien. En effet, il semble que le dépassement du travail puisse être symptomatique de l'éthique des soins, et des valeurs et normes promulguées par celle-ci, qui se matérialisent dans le dévouement, la générosité, le don de soi et la sollicitude. Ainsi, selon le modèle de Callego (2004), une adhésion ou un conformisme aux normes de disponibilité imposées par une profession peut être tributaire de la socialisation professionnelle. Selon l'auteur, cette forme d'adhésion est par ailleurs fréquente dans les milieux où le métier est confondu dans la vocation, puisque celui-ci est donc porteur d'un sens d'autant plus grand pour l'individu. À cet effet, l'identité

professionnelle est selon Dubar (2002) le fruit d'un apprentissage social des normes de la profession, autrement dit d'un processus de socialisation professionnelle, qui conduit au renforcement d'une identité individuelle et collective. En se fondant sur ces appuis théoriques, notre première proposition vise à étudier l'effet de l'identité professionnelle des infirmières sur le phénomène du travail gratuit propre à leur milieu professionnel.

Proposition 2 : Une forte adhésion à son identité professionnelle en tant qu'infirmière est associée à une présence plus importante des manifestations de l'obligation de disponibilité implicite.

Cette proposition vise à vérifier la relation entre l'identité professionnelle des infirmières et leur propension à accepter de se mettre en disponibilité alors qu'elles ne sont plus en temps de travail lors de moments identifiés. Dans la revue de la littérature, nous avons pu constater que les normes de disponibilité temporelle imposées par le phénomène de l'obligation de disponibilité implicite placent les infirmières dans des situations où elles sont parfois contraintes de se rendre disponibles lors de moments où elles ne sont pas considérées en temps de travail. Les situations exposées permettent de comprendre que la nature du travail ou le contexte du milieu de travail puissent favoriser l'émergence de cette forme d'obligation de disponibilité. Selon Bruno (2015), l'acceptation des salarié-es face à celle-ci est imputable généralement aux usages de l'organisation, soit à la culture organisationnelle, telles que le sont les ententes informelles au sein des équipes de travail. Par ailleurs, en sachant, comme mentionné pour la proposition précédente, que la socialisation professionnelle puisse rendre favorable l'adhésion à certaines normes temporelles d'une profession (Callego, 2004), il paraît alors plausible de proposer que l'identité professionnelle ait un rôle dans l'émergence de l'obligation de disponibilité implicite. Ainsi, à la lumière de ces éléments, nous avons formulé notre deuxième proposition qui se propose d'évaluer l'incidence de l'identité professionnelle chez les infirmières sur leur acceptation d'une obligation de disponibilité implicite.

III. La méthodologie

Dans cette dernière section du chapitre 2, nous présenterons la méthodologie qui sera utilisée dans notre recherche afin de répondre à la question de recherche formulée dans notre problématique. Nous exposerons d'abord le devis de recherche (A), puis le modèle opératoire (B) qui nous permettra d'effectuer le passage de la théorie au terrain. Enfin, nous présenterons l'échantillonnage (C) qui sera utilisé dans notre recherche, la méthode de collecte des données (D), et l'analyse de contenu (E).

A. Le devis de recherche

Notre recherche se veut être exploratoire et se fonde sur une méthode qualitative. La pertinence de la recherche qualitative se confirme lorsque celle-ci souhaite approfondir « un phénomène complexe et peu connu » (Noiseux, 2010, p. 269). À cet effet, notre recherche en s'intéressant à l'incidence de l'identité professionnelle des infirmières sur l'invisibilité d'une part du travail répond précisément à ce critère. Par ailleurs, la méthode qualitative encourage la collecte de données empiriques, puisqu'en s'intéressant aux expériences vécues et intériorisées par les participants, elle sera plus à même de saisir le phénomène à l'étude (Noiseux, 2010). Ainsi, pour évaluer le lien entre l'identité professionnelle des infirmières et leur propension à effectuer un travail gratuit ou encore à se mettre en disponibilité sur leur temps personnel, il nous semble que seuls les mots des participantes puissent parvenir à mettre en lumière certaines pistes de réflexion pertinentes qui nous permettront de mieux comprendre ces phénomènes. Par ailleurs, l'obligation de disponibilité ayant encore été peu étudiée, notre recherche souhaite pouvoir explorer les formes sous lesquelles se manifeste sa présence dans le travail quotidien des infirmières. À cet effet, leurs propos tirés de leurs expériences personnelles nous permettront d'illustrer au mieux la réalité. Enfin, la recherche qualitative accorde une grande importance à la place centrale des êtres humains, ainsi qu'à une vision holistique des phénomènes sociaux, historiques et culturels (Noiseux, 2010). Dans la perspective où nous souhaitons comprendre comment l'identité professionnelle interagit avec l'environnement et affecte les infirmières dans leur travail quotidien, la méthode qualitative paraît celle qui soit le plus en mesure de nous permettre d'y parvenir.

B. Le modèle opératoire

Le modèle opératoire permet le passage des concepts théoriques au terrain. Ainsi, à partir de la littérature, il s'agit de procéder à la sous-division de nos variables dépendantes (i, ii) et indépendantes (iii) en des dimensions desquelles nous tirerons les mesures. Puis, à partir de celle-ci, nous pourrions formuler des questions qui seront utiles à la construction de notre grille d'entrevue.

i. La variable dépendante : Le travail gratuit

Afin de procéder à l'opérationnalisation de la première variable dépendante, le travail gratuit, celle-ci a été divisée en trois dimensions correspondant aux formes sous lesquelles se manifeste selon la littérature le travail gratuit des infirmières dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ainsi, ces dimensions sont: le don de soi, la personnalisation du service et l'obligation morale.

D'abord, le don de soi se perçoit principalement selon les auteurs par les dépassements dans les tâches qui surviennent lors du travail formel ou prescrit. Ces dépassements peuvent être spontanés ou non, mais ils prennent l'aspect de tâches supplémentaires. Ensuite, la personnalisation du service par l'infirmière s'évalue, quant à elle, par le savoir-faire ou savoir-être qui nécessite qu'elle soit en mesure de « tenir la bonne distance » entre le patient et elle-même. Il peut s'agir d'une distance psychologique, émotionnelle ou comportementale. Enfin, l'obligation morale peut être perçue principalement par un sentiment de culpabilité que l'infirmière ressentirait alors qu'elle n'arrive pas à remplir les attentes sociales liées à son rôle. Le tableau 1 présente donc les dimensions et les indicateurs des mesures associés, ainsi que les questions qui serviront à rendre compte de la présence ou de l'absence de chacune d'entre elles.

Tableau 1 : Opérationnalisation de la variable dépendante : travail gratuit

Dimensions	Auteurs	Mesures	Questions
Don de soi	Cognet (2002) Dussuet (2011) Lallement (2007)	Dépassement spontané ou tâches supplémentaires Affection Écoute	En quoi consistent vos tâches comme infirmière ? ; De quoi a-t-on besoin pour faire ce travail ? (compétences, savoir-être, savoir-faire) <u>Questions de relance:</u> ⇒ Quels sont les aspects positifs de votre travail ? ⇒ Ressentez-vous certaines difficultés dans votre travail ? ⇒ Par exemple, avez-vous parfois l'impression de manquer de temps dans les soins? ⇒ Lorsque cela vous arrive, quelles solutions mobilisez-vous ?
Personnalisation du service	Dussuet (2011) Benelli et Modak (2010) Lallement (2007)	Comportement approprié à la situation (jugement, tact) Savoir « tenir la bonne distance » Savoir-être	Pouvez-vous me décrire ce qu'est le savoir-être de l'infirmière ? Et comment l'acquiert-on ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Diriez-vous que vous adaptez certaines de vos interventions selon la personne face à vous ? Pourquoi ? ⇒ Trouvez-vous parfois difficile de ne pas être affecté par votre travail ? ⇒ Quelles compétences sont nécessaires pour être une bonne infirmière ?
Obligation morale	Cognet (2002) Dussuet (2011) Benelli et Modak (2010) Lallement (2007)	Sentiment de culpabilité Attentes sociales	Pouvez-vous me parler des difficultés que vous ressentez dans votre travail ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Par exemple, vous arrive-t-il de vous sentir inefficace face aux patients ou à vos collègues ? ⇒ Ressentez-vous dans votre entourage ou chez les patients la présence d'un idéal de la « bonne infirmière » ? Pouvez-vous me le décrire ?

ii. La variable dépendante : L'obligation de disponibilité implicite

L'opérationnalisation de la deuxième variable dépendante contient trois dimensions, qui correspondent à certains des types d'obligation de disponibilité identifiés par Bruno (2015) dans son mémoire de maîtrise. Les dimensions sont les suivantes: disponibilité lors des périodes de pause et pause-repas, disponibilité lors des périodes de chevauchement entre les quarts et disponibilité pour le temps supplémentaire. Nous ne tiendrons pas compte d'une quatrième dimension recensée dans la littérature, soit celle en service commandé, car notre échantillon n'est pas susceptible de nous permettre d'y accéder.

À cet effet, la disponibilité lors des périodes de pause et/ou de pause-repas se mesure selon la nature de l'emploi et selon le contexte de travail propre au milieu dans lequel pratique l'infirmière. Également, cette dimension peut être mesurée à partir du temps alloué pour les pauses. Ensuite, la disponibilité lors des périodes de chevauchement entre les quarts se mesure selon le type de centre hospitalier dans lequel exerce l'infirmière, selon son horaire de travail, selon la représentation syndicale, ainsi que le relais entre les équipes de travail. Finalement, la disponibilité pour le temps supplémentaire se mesure selon les horaires de travail, le contexte organisationnel, les clauses de la convention collective et des ententes locales, le processus d'attribution des heures supplémentaires, les ententes informelles entre collègues. Dans le tableau 2 qui suit, nous retrouvons les dimensions et mesures qui viennent d'être présentées ainsi que les questions qui permettent de valider leur effectivité respective.

Tableau 2 : Opérationnalisation de la variable dépendante : obligation de disponibilité implicite

Dimensions	Auteurs	Mesures	Questions
Disponibilité lors des périodes de pause et pause-repas	Bruno (2015)	Nature de l'emploi Contexte de travail Temps alloué aux pauses	Quel est votre poste de travail ? ⇒ Dans quel département ? Restez-vous sur les lieux de travail lors de vos pauses ou pauses-repas ? Si oui, quelles en sont vos raisons ? ⇒ Y a-t-il des conditions particulières à votre milieu de travail qui

			<p>pourraient l'obliger ?</p> <p>Le temps alloué aux pauses-repas vous permettrait-il de rentrer à votre domicile ou encore de sortir à l'extérieur pour consommer un repas ?</p> <p>Si oui, à quelle fréquence le faites-vous ? Si non, cette réalité vous paraît-elle être contraignante selon vos habitudes personnelles?</p>
Disponibilité lors des périodes de chevauchements entre les quarts	Lallement (2007) FIQ (2010)	Type de centre hospitalier Horaire de travail Représentation syndicale Relais entre équipes de travail	<p>Dans quel type de centre hospitalier travaillez-vous ?</p> <p>Quels sont typiquement les horaires de travail ?</p> <p>Êtes-vous représentées par une organisation syndicale ? Laquelle ?</p> <p><u>Questions de relance</u> (pour infirmières en centre hospitalier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Avez-vous à rester après votre quart de travail afin d'assurer le relais avec la prochaine équipe ? ⇒ Si oui, combien de temps en moyenne cela vous prend-il ? ⇒ Recevez-vous une rémunération pour cette période ?
Disponibilité pour les heures supplémentaires	Bougie (2007) Bougie et Cara (2008) Bruno (2015) FIQ (2010)	Horaire de travail Clauses de la convention collective et des ententes locales Contexte organisationnel Processus d'attribution des heures supplémentaires Ententes informelles entre collègues Sentiment de perte de contrôle	<p>Pouvez-vous me décrire le processus d'attribution des heures supplémentaires (obligatoires ou non) ?</p> <p><u>Questions de relance:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le temps supplémentaire est-il fréquent dans votre organisation ? Pourquoi ? ⇒ Qu'est-ce que prévoit la convention collective relativement à l'attribution du temps supplémentaire? ⇒ Vous arrive-t-il d'en faire ? ⇒ Y a-t-il des ententes entre collègues relativement à l'attribution du temps supplémentaire ?

		Faible latitude décisionnelle Sentiment de culpabilité envers l'équipe de travail	⇒ Que ressentez-vous face au temps supplémentaire obligatoire ?
--	--	--	---

iii. La variable indépendante : L'identité professionnelle des infirmières

L'opérationnalisation de la variable indépendante de notre modèle conceptuel se fait en cinq dimensions, dont deux sont relatives au concept de l'identité et trois sont relatives aux dimensions de la profession infirmière identifiées dans notre premier chapitre. Ainsi, les deux premières dimensions liées au thème de l'identité retenues sont: l'identité individuelle et le collectif professionnel. De plus, les trois dimensions concernant la profession retenues sont celles du *care* - ou souci pour autrui, du travail émotionnel et de l'éthique professionnelle.

Tout d'abord, la mesure de l'identité individuelle dans le travail se fait selon les motivations, ainsi que selon la perception d'une réalisation de soi. Ensuite, le collectif professionnel peut être mesuré à l'aide de nombreux indicateurs, nous retenons donc ceux-ci : les règles, normes et code de conduite, les valeurs professionnelles, le sentiment d'utilité, le sentiment d'appartenance et la solidarité entre collègues.

Quant au *care* ou au souci pour autrui, les indicateurs de sa présence recensés dans la littérature se mesurent par la reconnaissance des besoins, la responsabilité de la tâche, la disposition à soigner et l'acte de soigner. Le travail émotionnel se mesure par la gestion directe de l'expression comportementale, la gestion des sentiments, la simulation ou dissimulation. L'influence du code de déontologie se mesure quant à elle par un sentiment de responsabilité professionnelle, par les valeurs professionnelles véhiculées, ainsi que par le sentiment d'autonomie et de reconnaissance au travail. Enfin, l'éthique professionnelle se mesure par la morale professionnelle et l'éthique des soins. Le tableau 3 présente l'ensemble des dimensions et des indicateurs de mesures, ainsi que les questions qui ont été formulées à partir de ceux-ci.

Tableau 3: Opérationnalisation de la variable indépendante : l'identité professionnelle des infirmières

Dimensions	Auteurs	Mesures	Questions
Identité individuelle	Sainsaulieu (1977) Dubar (2002) Osty et Uhalde (2007)	Motivations Perception de la réalisation de soi	Quelles sont vos motivations personnelles pour effectuer votre travail ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Vous sentez-vous accomplie ou réalisée dans celui-ci ? Pourquoi ?
Identité collective	Sainsaulieu (1977) Dubar (2002) Osty et Uhalde (2007) Ashforth et Mael, 1989	Règles, normes et code de conduite Valeurs professionnelles Sentiment d'utilité Sentiment d'appartenance Solidarité entre collègues	Avez-vous perçu une différence entre ce qui est enseigné durant la formation professionnelle et puis la réalité du milieu de travail quant à votre rôle d'infirmière ? Exemples ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Avez-vous le sentiment d'effectuer une profession qui soit unique et pourquoi? ⇒ Ressentez-vous un sentiment de fierté face à votre profession ? ⇒ Y a-t-il des éléments qui vous semblent contribuer à unifier les professionnels ? ⇒ Comment décririez-vous la perception sociale de votre profession ? ⇒ Comment ressentez-vous le fait d'exercer une profession dans le service public ? ⇒ Ressentez-vous un sentiment d'appartenance pour votre profession ?
Care - souci pour autrui	Paturel (2014) Molinier <i>et al.</i> , 2009 Soares, 2011 Benelli et Modak, 2010 Hallée, 2005	Reconnaissance des besoins (écoute, sollicitude, sensibilité émotionnelle, intérêt à l'autre) Responsabilité de la tâche (engagement) Acte de soigner	Comment parvenez-vous à reconnaître les besoins individuels de vos patients ? Exemples ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Ressentez-vous une lourdeur quant à vos responsabilités professionnelles ? ⇒ Est-il parfois difficile de tracer une frontière entre votre rôle professionnel et votre vie personnelle ? ⇒ Quelles aptitudes ou compétences faut-

	Bullock et Morales Waugh, 2004		il pour soigner, selon vous ?
Travail émotionnel	Hochschild (2003) Soares (2011)	Gestion directe de l'expression comportementale (contrôle externe, de surface) Gestion des sentiments (contrôle interne) Simulation ou dissimulation	Quelle place occupent les émotions ou sentiments dans votre travail ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Vous arrive-t-il de devoir faire une gestion de vos propres sentiments ? Si oui, à quelle fréquence cela se produit-il ? ⇒ Vous arrive-t-il de devoir modifier votre expression (comportementale) face aux patients ? Si oui, à quelle fréquence cela se produit-il ? ⇒ Vous arrive-t-il de devoir simuler ou dissimuler vos émotions ? Si oui, à quelle fréquence cela se produit-il ?
Code de déontologie	Blondeau (1999) Durand (2000)	Responsabilités professionnelles	Comment votre travail est-il affecté par la présence du code de déontologie ? <u>Questions de relance:</u> ⇒ Pensez-vous que le code ait un effet sur la légitimité de votre profession ? ⇒ Ressentez-vous que le code entraîne chez vous un sentiment d'appartenance ? de fierté ? ⇒ Avez-vous perçu des effets suite à au renouvellement du code en 2015 ?
Éthique professionnelle	Lecomte (2012) Renault et al. (2013) Durand (2000) Blondeau (1999)	Morale professionnelle Éthique des soins	Comment définiriez-vous l'éthique professionnelle des soins ? <u>Question de relance:</u> Comment celle-ci influence-t-elle vos gestes et décisions dans votre travail ? ⇒ Vous sentez-vous unie autour des valeurs promues par votre profession qui sont « intégrité, humanité, respect de la personne, autonomie, compétence professionnelle, excellence des soins, collaboration professionnelle » ?

C. L'échantillonnage

Aux fins de notre recherche, nous établissons qu'un échantillon situé entre 10 à 12 infirmières est suffisant. Le nombre restreint d'entrevues qui seront conduites s'explique par la nature qualitative de notre recherche. En effet, la recherche qualitative vise normalement de petits échantillons, car son but n'est pas l'atteinte d'une exhaustivité dans ses résultats, mais plutôt la compréhension et l'approfondissement d'un phénomène spécifique (Miles et Huberman, 2003). Par ailleurs, un nombre trop élevé ne serait pas réaliste avec les moyens et le temps dont nous disposons pour notre recherche.

Ensuite, dans cette recherche, nous avons limité notre échantillon à une population infirmière travaillant dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec. Toutefois, au sein de cette population, nous avons cherché plus spécifiquement à rencontrer des infirmières et infirmières cliniciennes exerçant d'une part dans le secteur public, et d'autre part dans les hôpitaux, dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou encore dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ce type d'échantillonnage nommé choix raisonné ou cas orienté de manière aléatoire visait à obtenir une certaine ressemblance ou similarité parmi les entretiens menés, et ce afin de pouvoir rendre compte minimalement d'une réalité commune entre les personnes rencontrées (Miles et Huberman, 2003). De plus, la limitation de notre champ d'études a été guidée par la littérature consultée dans notre premier chapitre. Ainsi, cette méthode a permis de faciliter les comparaisons entre les cas observés et d'accroître la validité de notre recherche. Enfin, nous prévoyions également l'utilisation de l'effet boule de neige comme type d'échantillonnage, puisqu'elle est susceptible de permettre l'observation de cas « riches en information » (Miles et Huberman, 2003, p. 60). Finalement, cette stratégie s'est révélée particulièrement utile alors que notre échantillon était restreint. À cet effet, rappelons que notre but dans cette recherche n'est pas l'atteinte d'une représentativité statistique.

Enfin, une première lettre de sollicitation a été envoyée à certaines personnes nous ayant été référencées et travaillant dans le secteur de la santé et des services sociaux, afin qu'elles fassent elles-mêmes circuler cette demande auprès de leur communauté infirmière. Puis, les

premières infirmières rencontrées, nous ont suggéré le contact d'autres infirmières de leur entourage intéressées au projet. Au final, aucune demande n'a été faite à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ou même à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec comme il l'avait été envisagé, car nous avions à ce moment déjà atteint le nombre visé pour notre échantillon. Dans le tableau 4, les caractéristiques des participantes sont exposées:

Tableau 4 : Portrait des participantes

Participante	Milieu de travail	Région	Service	Poste
1	CLSC	Montréal	Service à domicile - gériatrie	Infirmière clinicienne
2	Milieu Hospitalier	Montréal	Équipe Volante	Infirmière
3	Milieu Hospitalier	Montréal	Hépathologie et Transplant	Infirmière
4	Milieu Hospitalier	Lanaudière	Psychiatrie	Infirmière
5	Milieu Hospitalier	Lanaudière	Service externe de gériatrie	Infirmière clinicienne
6	Milieu Hospitalier	Montréal	Soins intensifs enfant 0-18 ans	Infirmière
7	Milieu Hospitalier	Montréal	Soins intensifs - cardiologie	Infirmière
8	Milieu Hospitalier	Montréal	Recherche oncologie	Infirmière de recherche
9	Milieu Hospitalier	Montréal	Chirurgie - ORL - plastie (Équipe volante)	Infirmière
10	Milieu Hospitalier	Lanaudière	Consultation gériatrie en milieu hospitalier	Infirmière

Comme il est possible de l'observer dans le tableau 4, la majorité des participantes occupaient des postes d'infirmières en milieu hospitalier, soit 7 infirmières sur 10. À cet effet, seule une participante travaillait présentement dans un centre local de services communautaires (CLSC). Toutefois, même si la proportion de participantes se concentre davantage dans un même milieu de travail, celles-ci exercent dans des services fort différents. Cet aspect paraît

intéressant particulièrement en matière d'obligation de disponibilité, puisqu'il permettra d'illustrer une diversité de contexte de travail. De plus, la répartition de nos participantes dans des régions métropolitaines diverses favorise un portrait plus large de la réalité des infirmières québécoises.

D. La méthode de collecte des données

Notre collecte de données a été faite uniquement à partir d'entrevues semi-dirigées. Dix (10) entretiens ont été réalisés. En effet, l'entretien constitue l'une des méthodes les plus utilisées en recherche qualitative, car elle permet l'obtention de données précieuses et uniques auxquelles il serait presque impossible d'accéder autrement que par le récit et les paroles des individus interrogés (Noiseux, 2010). L'entretien semi-dirigé permet d'orienter la personne vers le sujet à l'étude, mais en lui laissant malgré cela une grande marge dans ses réponses. Ainsi, l'entrevue ressemble davantage à une discussion puisque les questions seront flexibles et déterminées non seulement par notre grille d'entretien, mais également par les réponses fournies par nos répondants. Ce mode de collecte de données nous a permis d'obtenir des informations riches et des exemples concrets sur les manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité, mais également sur l'identité professionnelle des infirmières.

Ainsi, les dix entrevues ont été conduites par moi-même aux mois de juillet et d'août 2016 auprès d'infirmières et infirmières cliniciennes travaillant en milieu hospitalier ou en CLSC. Celles-ci ont été d'une durée se situant entre trois quarts d'heure et une heure trente. Elles ont également pris place dans des lieux convenus avec les participantes et selon leur région respective. Un premier contact était d'abord établi par téléphone ou par courriel et un rendez-vous était ensuite fixé selon les disponibilités des participantes. Un formulaire de consentement leur était envoyé à l'avance afin que celles-ci puissent en prendre compte seule, mais également me faire part de toutes interrogations préalablement à notre rencontre. Lors de celle-ci, le formulaire était relu et approuvé avec les participantes avant le début de l'entrevue. Le formulaire de consentement avait pour but d'informer les participantes sur les implications de leur participation à notre recherche notamment le droit de retrait en tout temps, le droit à la confidentialité de leurs informations et le droit à l'anonymat. Tous nos entretiens ont été

enregistrés sur bande sonore. Finalement, un courriel de remerciement a été envoyé à toutes les participantes à la suite de notre rencontre.

E. L'analyse de contenu

Cette dernière section de notre méthodologie vise à décrire la manière dont nous prévoyions d'une part rassembler nos données de nature empirique et d'autre part les analyser. La méthode d'analyse de contenu qualitatif est une étape évidemment importante, mais parfois complexe, puisqu'il s'agit de « donner un sens à un corpus de données brutes » (Blais et Martineau, 2006, p. 2). En effet, il s'agit ici de traiter l'ensemble des données obtenues au sein du discours de nos participantes lors de nos entretiens semi-dirigés. Malgré le degré de complexité associé à l'extraction des données d'une analyse qualitative, il semble que celle-ci soit la plus pertinente dans le cadre d'une recherche cherchant à comprendre les liens relationnels entre des variables.

i. La constitution des données

Dans un premier temps, il s'agissait de prévoir la manière de constituer l'ensemble des données qui nous ont permis de répondre à notre question de recherche. La constitution des données représente la période qui précède l'analyse et où sera rassemblé « le corpus de la recherche, soit l'ensemble du matériel à analyser » (Muchielli, cité dans Deslauriers, 1991). Ainsi, l'analyse se fait généralement en deux étapes, soit la déconstruction des données, puis la reconstruction de celles-ci (Deslauriers, 1991). En outre, il s'agit donc de réunir toutes les informations recueillies lors des entretiens. Nous l'avons fait notamment à l'aide du verbatim, soit la retranscription mot pour mot, de nos entrevues. À cette étape, il s'agit alors de découper et de réduire les éléments soulevés au sein de chacune des entrevues, puis de les réunir selon leurs similitudes au sein de catégories. Le but est donc de « maximiser les ressemblances entre les données présentant des analogies et des similitudes » (1991, p. 82). Ces catégories correspondent par ailleurs aux dimensions ressorties de la littérature. Aux fins de cette constitution des données, nous avons procédé avec l'aide d'une grille Excel que nous avons élaborée.

Dans un deuxième temps, il s'agissait de reconstruire les données en effectuant une synthèse de celles-ci par leur codage. À cet effet, le travail ici consiste à reconsidérer les éléments qui ont fait l'objet d'une première catégorisation (lors de la déconstruction des données) afin de s'assurer qu'ils sont à la bonne place. Il est donc utile de « maximiser les différences, raffiner, nuancer et subdiviser les catégories » (Deslauriers, 1991, p. 82). Ainsi les données extraites de nos verbatims ont été codifiées selon nos variables à l'étude et leurs dimensions respectives correspondant à nos premières catégories. De plus, au contact des données obtenues sur le terrain, certains éléments sont venus s'ajouter à ces catégories déterminées d'abord par la littérature. Certaines catégories ont été divisées en sous-catégories, alors que d'autres se sont tout simplement ajoutées par l'émergence d'éléments non anticipés.

Dans cette perspective, nos données ont été codifiées en fonction des facteurs ayant une influence sur le travail gratuit des infirmières, soit le don de soi (dépassement spontané, affection, écoute, extension du rôle et de la tâche), la personnalisation du service (distance morale, savoir-être) et de l'obligation morale (attentes sociales, sentiments de culpabilité), de même que selon les facteurs ayant une incidence sur l'obligation de disponibilité implicite, soit les périodes de pause-repas (contexte du service, temps alloué, manque de temps, manque d'expérience, manque de personnel), la période des chevauchements de quart (horaire de travail, type de centre, représentation syndicale, manque de temps) et les demandes pour les heures supplémentaires (processus d'attribution des heures supplémentaires, convention collective, latitude décisionnelle, sentiment de prise au piège, ententes informelles entre collègues, temps supplémentaire obligatoire, contexte organisationnel, manque de personnel, conciliation travail-famille, pression organisationnelle). De plus, les données relatives à l'identité professionnelle des infirmières ont été codifiées en fonction des facteurs suivants, soit l'identité individuelle (motivations, sentiment de réalisation), l'identité collective (règles, normes et codes de conduite, sentiment d'appartenance, sentiment d'utilité, valeurs professionnelles, solidarité entre collègues, le choc d'entrée dans la profession, le choc générationnel), le care (la reconnaissance des besoins, la responsabilité face à la tâche, l'acte de soigner), le code déontologique (la confidentialité, la responsabilité professionnelle), l'éthique des soins et le travail émotionnel (gestion des émotions, simulation / dissimulation, débordement émotionnel).

ii. L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à partir des informations retenues lors du codage et placées au sein des catégories. Il s'agit ici d'effectuer une description des données qui apparaissent comme les plus significatives et les plus récurrentes dans le discours des participantes. Ainsi, nous avons procédé à l'analyse des différents éléments contenus dans chacune de nos catégories correspondant aux dimensions de nos variables, puis nous avons déterminé les extraits les plus marquants et surtout les plus représentatifs de l'ensemble de nos entrevues, et ce afin d'illustrer nos propos analytiques. Ceci nous a donc permis de conclure à des tendances générales sur les phénomènes à l'étude et d'y présenter les manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite, puis les effets de l'identité professionnelle chez les infirmières.

Enfin, l'analyse des données vise ultimement à la comparaison entre nos résultats et les propositions de recherche initiales afin de déterminer si celles-ci sont confirmées ou au contraire infirmées. De plus, elle permet éventuellement de détecter des liens qui n'avaient pas été anticipés au départ. Ainsi, nous avons évalué l'effet de l'identité professionnelle des infirmières sur les manifestations du travail gratuit, puis son effet sur les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite.

Chapitre III - Analyse des résultats

Ce troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats faisant suite à l'étude de terrain conduite auprès de dix infirmières québécoises. Notre chapitre sera ordonné d'une manière permettant de répondre à nos objectifs de recherches, ainsi qu'à nos propositions. Dans un premier temps, nous présenterons les résultats liés aux manifestations d'une invisibilité du travail des infirmières (I). Dans un deuxième temps, nous exposerons les résultats liés à chacune de nos deux propositions de recherche (II). Rappelons que la première proposition est relative aux effets de l'identité professionnelle sur les manifestations du travail gratuit (P1). Alors que la deuxième proposition concerne les effets de l'identité professionnelle sur les manifestations de l'obligation de disponibilité (P2).

I. Les manifestations d'une invisibilité du travail

L'un des deux objectifs de notre recherche étant de décrire les différentes manifestations d'un travail gratuit et d'une obligation de disponibilité implicite au sein du travail des infirmières dans le secteur public de la santé et des services sociaux au Québec, cette première partie de notre troisième chapitre y sera alors consacrée. Les résultats à la suite de notre étude sur le terrain permettent d'exposer les exemples de ces manifestations selon le discours entretenu par les infirmières rencontrées. Ainsi, nous aborderons d'abord les manifestations du travail gratuit (A), ensuite celle de l'obligation de disponibilité implicite (B). Nous consacrerons également une section aux phénomènes non anticipés dans la revue de la littérature (C).

A. Les manifestations du travail gratuit

Cette section vise à présenter les différentes manifestations d'un travail gratuit effectué par les infirmières. Nos résultats montrent que le don de soi (i), la personnalisation du service (ii), l'obligation morale (iii) constituent des situations pouvant engendrer un travail gratuit au sens de la définition que nous avons établie dans notre premier chapitre. Ainsi, nous avons défini que le travail gratuit est celui qui est généré par les compétences exigées par une relation de service et pour lequel aucune reconnaissance sociale ou organisationnelle n'est accordée.

i. Le don de soi

Dans un premier temps, nous aborderons les formes que prend le don de soi dans le travail des infirmières québécoises. Selon nos résultats, les infirmières rapportent, tous services confondus, effectuer fréquemment des tâches qui vont au-delà de leur travail prescrit ou qui pourraient être effectuées par d'autres personnes qu'elles-mêmes dans l'organisation. L'accomplissement de ces tâches découle à la fois d'un contexte organisationnel, et à la fois d'un savoir-être, qui s'il n'est pas requis formellement par la description de tâches ou par les questionnaires, l'est toutefois par l'éthique des soins. En effet, ces dépassements paraissent avant tout normaux ou évidents pour les infirmières. Elles n'envisagent pas de faire autrement parce qu'il en va du bien-être de leur patient ou autrement à leur mission première. Ainsi, nos résultats montrent bel et bien la présence du don de soi au sens où il a été défini dans notre revue de la littérature sur le travail gratuit. À cet effet, rappelons que celui-ci se décline comme un travail découlant de la relation de service, mais qui n'étant pas prescrit par l'organisation du travail verse alors dans des dépassements gouvernés par les émotions ou le savoir-être. Nous présenterons donc les manifestations du don de soi, selon qu'elles se présentent en milieu hospitalier ou à domicile.

À l'hôpital, les dépassements du travail se présentent le plus souvent comme une extension du rôle des infirmières alors que celles-ci effectuent des tâches qui appartiennent à d'autres membres du personnel soignant, tels que les préposés ou les infirmières auxiliaires. Les infirmières même surchargées n'hésitent pas accomplir ces tâches, d'une part pour le bien de leur patient, mais aussi pour leurs collègues de travail:

« Si l'on parle des soins des préposées, normalement, tu as un préposé qui fait les lavés, qui lève les patients, les amène à la toilette... Après, tu as l'infirmière, qui normalement fait les soins, mais les préposées sont souvent très occupées. Nous aussi. Mais si mon patient a envie d'aller à la toilette, je ne vais pas le faire attendre 5 minutes, qui finalement prendront parfois une demi-heure. Moi, je vais les amener, je pense que c'est un respect, je ne sais pas si c'est vraiment écrit dans mes tâches, je ne pense pas, mais je ne suis pas certaine. » - Participante 7

« Souvent c'est plus d'aider les préposés, mais en fait c'est aussi dans nos tâches, mais sauf que nous il n'y a personne pour nous aider au bout. C'est sûr que quand

les préposés sont là des fois c'est toi qui as besoin d'aide, c'est un travail d'équipe. Par exemple, si je dois changer un pansement et que le patient pèse 350 livres, je ne peux pas le retourner toute seule, donc je vais m'entendre avec le préposé: “ Quand tu es prêt pour changer sa culotte ou quoi que ce soit, est-ce qu'on peut y aller ensemble ? ” On s'entraide, mais oui ça arrive souvent qu'on ait besoin d'aide. Surtout la nuit quand il y a une préposée qui est en pause, elle ne peut pas lever toute seule un patient, même un petit patient elle ne peut pas, il faut qu'on soit deux sinon elle peut se blesser. Donc oui, on fait du travail qui n'est pas dans nos tâches. » - Participante 3

À cet effet, certaines infirmières expriment un malaise face à celles qui tiendraient mordicus à séparer les tâches au sein du personnel soignant parce qu'elles considèrent cela incompatible avec le rôle d'une infirmière:

« Il y a des infirmières qui disent: “ non, ce n'est pas ma job d'amener des patients aux toilettes ”, et bien ce n'est pas vrai. Ton travail, c'est de t'occuper du patient, alors s'il a besoin d'aller à la toilette, et que tu as le temps... On en voit tellement sonner et aller s'asseoir à leur poste “ le préposé va venir vous voir... ”. Moi, ça, ça m'énerve un peu. Donc, je pense que si tout le monde met la main à la pâte... c'est la job de tout le monde. » - Participante 9

« Je pense que ça ne m'est jamais arrivé de faire quelque chose que je considérais qui ne faisait pas partie de mes tâches. Si je n'avais pas le temps, je demandais au préposé, mais ce n'était pas dans l'idée de “ ça ne fait pas partie de mes tâches ”; c'était plutôt parce qu'il y avait d'autres choses qui primaient ou qui était prioritaires. » - Participante 10

Par ailleurs, une seule infirmière a affirmé effectuer rarement les tâches des préposées aux bénéficiaires principalement depuis que ceux-ci ont obtenu davantage de responsabilités au sein des soins aux patients:

« Avant c'était une infirmière qui était monopolisée pour aller chercher le matériel et revenir t'aider, mais là au moins ça a libéré les infirmières pour ces tâches, parce qu'on utilise les préposés. » - Participante 6

À cet effet, elle affirmait d'emblée avoir recours aux préposés lorsque les tâches pouvaient être accomplies par ceux-ci, et ce, afin de pouvoir se consacrer à ses autres tâches principales:

« Des fois, quand je suis chef d'équipe et que quelqu'un m'appelle pour me demander “ Pourrais-tu aller me chercher des couches pour mon patient ? ”, je vais lui répondre “ Pourrais-tu appeler la préposée, s'il te plaît. », moi, j'ai des choses plus importantes à faire » - Participante 6

Toujours dans le milieu hospitalier, les résultats laissent à penser que le dépassement des tâches peut aussi être effectué dans une plus large mesure qu'avec les préposés aux bénéficiaires. À cet effet, certaines infirmières rapportent qu'il leur arrive d'accomplir les tâches d'autres personnes travaillant à l'hôpital, telles que les commis de bureau, le personnel d'entretien ou même les autres professionnels de la santé ou du secteur. Ces dépassements sont toutefois expliqués par les infirmières pour les mêmes raisons, c'est-à-dire le bien-être des patients, ainsi que l'entraide entre collègues non infirmiers:

« Des fois, par exemple pour les tests pulmonaires, il arrive que l'on aide le patient à faire ses exercices pulmonaires, parce que l'on voit qu'il en a besoin. Mais c'est l'inhalothérapeute qui est supposée de faire ça. Elle, elle ne fera pas nos pansements, parce qu'elle voit qu'un pansement est défait, elle, elle va nous appeler... On fait souvent des choses comme ça. On élargit notre rôle. » - Participante 1

« Des fois répondre au téléphone, si l'assistante n'est pas au poste, alors tu réponds. [...] Parce que ça peut être le laboratoire ou un médecin qui appelle. C'est le rôle de l'assistante ou d'un commis lorsqu'ils sont là, mais si les deux ne sont pas là, alors par souci professionnel je le fais. Je me dis que ça pas de bon sens d'appeler à un étage et que personne ne réponde. [...] Mais c'est aussi comme un travail d'équipe comme je vous disais. Si on travaille en équipe, ça va bien, si on est tous à côté et que le téléphone sonne et que personne ne répond, alors on ne sent pas un esprit d'équipe. C'est que tout le monde fait la même chose. » - Participante 3

« Quand on est à l'urgence, on a moins le temps, on essaie, disons d'amener les patients aux toilettes, ou d'autres petites tâches comme ça, mais souvent ça serait plus défini que c'est aux préposés aux bénéficiaires à le faire. Mais ça arrive souvent qu'on essaye de les aider, des fois, si tu vois un dégât par terre, tu ne diras pas “ je vais appeler l'entretien ménager ”. On essaye de tous s'aider aussi, dans la mesure du possible. » - Participante 4

Enfin, les dépassements en milieu hospitalier ressemblent à ceux effectués en service à domicile alors que tous deux sont en fait une extension ou un élargissement des fonctions de l'infirmière, puisque celle-ci accomplira des tâches qui ne lui sont pas prescrites. En service à domicile, les dépassements prennent surtout la forme de tâches domestiques ou de services rendus aux patients visités. Ils sont tout autant reliés au savoir-être, mais sont peut-être plus guidés par les émotions que par des contraintes organisationnelles. En effet, ils sont spontanés,

ils constituent une évidence ou « un gros bon sens » comme l'affirme cette infirmière en service à domicile :

« Pour moi c'est juste... pas de la charité, mais juste du gros bon sens. [...] J'ai déjà fait de la soupe avec une jeune femme pour lui montrer comment faire. Évidemment, que ce n'est pas dans mes tâches, mais ça fait partie de mon plan d'intervention, c'était dans ma façon de faire mon travail, mon rôle de *modeling*. [...] Qu'est-ce que je n'aurais pas fait... j'aurais pu installer une pôle à rideau seulement pour éviter qu'il fasse venir quelqu'un » - Participante 5

Citant l'exemple d'une collègue de travail, cette participante ajoute :

« Je connais une infirmière qui coupait les ongles du chien d'un patient avant de partir. Je comprends que ça soit... mais en même temps c'est une personne qui adore les animaux et qui était aussi très centrée sur ses patients, donc si c'était le besoin. » - Participante 5

Cependant, si cette infirmière affirme avoir peu de limites lorsqu'il s'agit du besoin d'un patient, ce n'est pas forcément le cas pour toutes :

« Il y en a peut-être parfois qui s'essaie, mais tu leur mets la limite. Par exemple, que l'on aille faire des commissions pour eux, ça on ne peut pas. De toute façon, on leur explique qu'on ne peut pas faire ça, sinon on ne finirait jamais » - Participante 1

Toutefois, cette même participante avoue ne pas hésiter lorsqu'il s'agit de faire certaines tâches domestiques pour aider ses patients :

« Des fois si je vois des patients qui ont de la difficulté à faire leur lit, je vais les aider, je vais faire leur lit à leur place. Si une patiente a de la difficulté à amener son café, je vais amener son café et ses autres choses. Je peux les aider à s'habiller. Je ne suis pas supposée faire ça, mais je le fais quand même, parce que pour eux s'habiller ça prend peut-être dix ou quinze minutes. Donc, si je suis là, je vais le faire. Je vais leur mettre leurs souliers, c'est certain que ce n'est pas dans mes tâches, mais je le fais quand même. » - Participante 1

Ainsi, même s'il semble que la mesure des dépassements à domicile puisse varier selon les infirmières, il demeure que le don de soi y est tout aussi fréquent parce que le contexte du travail s'y prête tout particulièrement par l'intimité dans laquelle celui-ci prend place. Cependant, cette sphère personnelle n'explique pas forcément que davantage de dépassements des tâches soient effectués, puisqu'ils sont tout aussi motivés par l'éthique des soins. En outre, le contexte organisationnel dans les services à domicile n'est pas bien différent que dans le

milieu hospitalier, puisque l'intensité du travail, l'alourdissement des cas et le manque de personnel y sont tout aussi présents.

En somme, les différents exemples rapportés par les infirmières travaillant en milieu hospitalier, ainsi qu'en service à domicile montrent qu'il leur arrive fréquemment d'élargir leur rôle parce que le contexte de travail se présente ainsi. En effet, les résultats illustrent bien la difficulté pour celles-ci de poser une frontière dans leurs soins alors qu'elles ne voient pas leur rôle de soignantes aussi segmenté que le souhaite l'actuelle organisation du travail. Afin de compenser les différentes problématiques organisationnelles (manque de temps, manque de personnel, alourdissement des cas), le savoir-être des infirmières est ici mobilisé, car celles-ci acceptent mal de laisser des patients attendre pour aller aux toilettes; d'ignorer des dégâts au sol pouvant causer des blessures; de quitter des patients en pyjama, parce qu'il leur aurait fallu trop de temps pour se vêtir seuls. Dans tous les cas, les comportements associés au don de soi sont toujours effectués par les infirmières dans le but de rendre service, de faciliter la guérison et d'améliorer le bien-être de leurs patients. Ils sont donc dictés par l'éthique des soins et se manifesteront lorsque le contexte organisationnel donnera lieu à des situations entrant en contradiction avec celle-ci.

La seconde manifestation du travail gratuit que nous verrons ne s'explique pas tant par des défaillances au sein de l'organisation du travail, mais plutôt par un manque de reconnaissance de la tâche relationnelle. Ainsi, le prochain point abordera la personnalisation du service dans le travail des infirmières.

ii. La personnalisation du service

La personnalisation du service constitue la deuxième manifestation du travail gratuit que nous traiterons dans notre analyse des résultats. Ainsi, dans le travail des infirmières, cette personnalisation du service se manifeste avant tout comme une adaptation de l'approche dans les soins offerts, et ce afin qu'elle concorde avec l'état et les besoins du patient. À cet effet, l'une des participantes affirme:

« Tu donnes le même service au sens où si une personne doit avoir une prise de sang, elle va avoir sa prise de sang, mais ton approche, elle, va être différente. C'est surtout l'approche qui est différente. » - Participante 10

Or, l'approche ne concerne pas vraiment l'aspect technique des soins, mais elle interpelle l'aspect relationnel dans ceux-ci; elle ne fait donc pas tant appel aux habiletés pratiques des infirmières, mais surtout à leurs habiletés interpersonnelles. En outre, c'est précisément ce à quoi la personnalisation du service réfère alors qu'elle a été définie comme une attention portée en continu sur l'autre des effets qui sont produits, mais aussi une rectification le cas échéant. Pour ce faire, elle requiert nécessairement des compétences de jugement, de tact et d'attention, mais aussi une capacité pour l'empathie afin que les infirmières soient en mesure de diffuser une image rassurante, parce que le service a justement pour but la production d'un état de bien-être chez une personne vulnérable. Nos résultats rapportent que les infirmières font preuve d'une personnalisation de leurs soins dans ce qu'elles nomment elles-mêmes l'approche aux patients. Nous verrons alors de quelle manière celles-ci offrent un service personnalisé en adaptant leur approche en fonction de leur clientèle.

D'abord, la personnalisation du service fait appel au jugement des infirmières afin qu'elles soient en mesure de pouvoir saisir les besoins réels de leurs patients. En effet, selon les attitudes des patients face à elles, les infirmières devront rectifier leurs interventions et les adapter aux différentes personnalités. Ainsi, un patient plus renfermé sur lui-même ou un patient requérant plus d'attention recevra les mêmes soins au plan technique, mais dans son approche l'infirmière n'adoptera pas la même attitude:

« Oui, tu adaptes (les soins) selon les patients. [...] Il y a des patients qui ne veulent rien te dire, eux, ils aiment mieux être seuls. Ils ne veulent pas que tu les déranges, donc tu essayes de le faire le moins possible, mais ils ne sont pas à l'hôtel, ils doivent comprendre qu'il y a des soins qui doivent être fait au minimum. Il y en a d'autres, eux, qui veulent tout le temps que tu sois avec eux pour parler. Alors, il faut vraiment s'adapter. » - Participante 7

En outre, selon les propos de cette participante, il apparaît évident ici que les soins ne peuvent pas être donnés de la même manière à tous les patients sans que l'infirmière n'ajuste ses comportements aux réactions de ceux-ci alors que l'objectif est justement leur bien-être. De plus, le milieu de travail dans le secteur des soins place les infirmières dans un contexte

particulier où elles se trouvent face à des personnes en situation de souffrance ou de détresse. Une infirmière rencontrée explique en quoi cet aspect du travail les oblige à adapter constamment les soins:

« Parce qu'ils (les patients) ont mal, ils voudraient que l'on soit seul pour eux. Il y en a parfois qui ont l'impression que l'on ne s'occupe que d'eux. Mais ce qu'ils ne voient pas c'est combien on pédale en arrière de ça. Et, il y en a d'autres, c'est le contraire, eux, il faut aller les chercher parce qu'ils ne veulent pas rien demander, parce qu'ils ne veulent pas déranger, même s'ils souffrent. Il y a les deux extrêmes. Autant il faut prendre le temps pour le patient qui ne nous demande rien, car ce n'est pas parce qu'il ne nous demande rien qu'il n'a pas besoin de quelque chose, puis pour le patient qui parle beaucoup ou qui demande beaucoup, il faut parfois savoir en mettre de côté, car il n'a pas toujours besoin de quelque chose. » - Participante 3

Ainsi, ajuster ses comportements pour qu'ils soient en concordance avec la situation de chaque patient fait partie de la personnalisation du service rendu par les infirmières. Parallèlement, au travers de cette personnalisation des soins, les infirmières font généralement preuve d'une grande empathie, leur permettant de transmettre une image rassurante sans être pour autant affectées par la situation de leurs patients. C'est le cas par exemple de cette jeune infirmière qui évoque l'importance pour elle de personnaliser chacune de ses rencontres avec les patients. Pour elle, qui intervient souvent auprès d'une clientèle majoritairement âgée et pouvant souffrir de solitude, il importe que sa présence ne se limite pas seulement à donner des soins physiques, mais qu'au travers de ceux-ci elle puisse leur apporter un certain réconfort, pour combler un vide ou une absence:

« Être infirmière, je ne trouve tellement pas que ça s'arrête seulement aux ... les soins physiques c'est important, mais la manière dont nous les donnons ça fait tellement une différence. Oui, on donne des soins, mais c'est plus que ça. Ma clientèle actuellement c'est beaucoup de personnes âgées, et donc beaucoup de personnes qui sont seules, qui ne veulent pas aller à l'hôpital, sortir de chez eux, déranger, etc. Être infirmière c'est aussi soigner un mal-être, en tout cas c'est ce que j'essaie de faire. [...] J'essaie que chaque moment passé avec mon patient soit fait du mieux que je le peux, que la personne se sente écoutée et qu'elle sente que je suis là pour elle. » - Participante 2

Or, selon une autre infirmière, la tâche consistant à diffuser une image rassurante serait de plus en plus difficile dans le contexte organisationnel actuel, même si elle est primordiale:

« Il faut surtout avoir en tête que ce sont des gens (les patients) qui sont démunis, [...], ils ne savent pas ce qui va arriver, quand le médecin viendra-t-il les voir,

souvent ils viennent tard. Bref, il faut absolument essayer en tant qu'infirmière de fournir un environnement le plus sécuritaire possible et le plus rassurant possible, ce qui est de plus en plus difficile dans les hôpitaux. Je dis souvent aux patients que l'on hospitalise: “ assurez-vous qu'il y ait quelqu'un de votre famille qui puisse venir avec vous ”, mais ce n'est pas toujours possible non plus. Parce que ceux qui sont seuls à l'hôpital, de nos jours... » - Participante 8

Malgré les difficultés organisationnelles, il demeure que la personnalisation du service est nécessaire, car les soins ne peuvent pas être donnés de manière optimale autrement. À cet effet, le savoir-être est encore une fois ici essentiel. Selon une infirmière effectuant des évaluations auprès de personnes ayant des troubles cognitifs, il devrait d'ailleurs être l'attitude de base de toutes interventions:

« Les patients ne viennent pas pour se faire questionner sur des choses comme: la date, l'heure, ou n'importe... ça c'est la base technique de notre métier, mais c'est le contact qui est important, il faut savoir les recevoir. [...] Pour ça, oui il faut du savoir-être c'est ça. C'est plus subtil à voir, que les connaissances par contre. Par exemple, il faut connaître les démences, il faut connaître la médication et tout cela, mais il faut aussi beaucoup de savoir-être. » - Participante 5

Ainsi, les propos de cette infirmière mettent en évidence toute l'importance pour elle de faire preuve de savoir-être dans ses soins. Par ailleurs, ces résultats montrent que les compétences techniques ou les connaissances ne sont pas les seules suffisantes à l'exercice du métier d'infirmière. La relation humaine en étant au cœur du travail par les nombreux échanges entre les infirmières et leurs patients explique donc l'importance que celle-ci soit empreinte d'empathie. Autrement, il semble improbable que les infirmières puissent accomplir leur travail au mieux.

En somme, nous venons de constater de quelle manière la personnalisation du service se manifeste au sein des soins des infirmières, c'est-à-dire par une adaptation constante des comportements et attitudes de celles-ci en face de leurs patients. Ainsi, les infirmières affirment effectuer une personnalisation de leurs soins en faisant preuve de jugement dans leurs analyses des besoins des patients, en prêtant attention aux comportements et réactions de ceux-ci, puis en adaptant les interventions si cela est nécessaire. De plus, la personnalisation des soins se fonde également sur la capacité des infirmières à faire preuve d'empathie, puisqu'elles auront à être rassurantes et réconfortantes au travers de ceux-ci. Mais le contexte

organisationnel présentement ne semble pas toujours favorable alors que les infirmières disposent de moins en moins de temps et d'espaces pour l'accomplissement de ce travail. Enfin, nos résultats ont également démontré que le savoir-être requis par la personnalisation du service est parfois plus difficile à saisir, alors qu'il ne réfère pas à des compétences techniques.

La prochaine et troisième manifestation du travail gratuit explore justement les raisons du manque de reconnaissance des compétences moins visibles dans le travail de soins. Nous y verrons comment l'obligation morale se traduit en un travail gratuit parce que la valeur et l'évaluation de ce travail, et il va sans dire de ses compétences, sont fondées sur le modèle du *care* domestique.

iii. L'obligation morale

L'obligation morale est la troisième manifestation du travail gratuit dont nous constatons la présence dans nos résultats. Rappelons que celle-ci renvoie aux obligations qui sous-tendent le rôle des soignantes. Ainsi, il a été défini dans la littérature que l'obligation morale pouvant être expérimentée par les infirmières découlait d'une charge mentale, émotionnelle et éthique relative justement à cette position qu'elles occupent au sein d'un modèle où les soins sont fondés sur l'amour familial. Ainsi, cette obligation morale pourrait avoir un effet d'une part sur le jugement que les patients porte sur le travail des infirmières et d'autre part sur la valeur accordée aux compétences réellement mobilisées par ce travail de soins. Le manque de visibilité de ces compétences expliquerait alors le travail gratuit. Nos résultats montrent bel et bien l'existence d'une obligation morale visible notamment au travers des attentes projetées sur les infirmières tant par les patients que par l'organisation du travail et ses gestionnaires. De plus, certaines infirmières rapportent envisager leur rôle d'une manière qui outrepassé la frontière professionnelle pouvant confirmer le modèle familial sur lequel repose les soins actuellement. Ainsi, nous présenterons d'abord les résultats liés au rôle de l'infirmière dans ce modèle, et poursuivrons en traitant des attentes portées sur celle-ci.

Pour commencer, au sein du discours des infirmières, nous trouvons certaines réflexions que ces dernières portent sur leur rôle, et qui viennent par ailleurs confirmer l'héritage familial et maternel sur lequel repose le modèle des soins. À cet effet, une infirmière soulève la présence féminine dans son métier et son impact, selon elle, sur celui-ci:

« Je pense qu'il est évident que nous faisons un métier de femmes, et qu'en tant que femme, on voudrait être parfaite, on voudrait toujours bien faire. Quand tu entres dans le métier d'infirmière, je ne pense pas que tu veux sauver le monde, mais tu veux vraiment aider en tout cas. Je pense que c'est un complexe des femmes, on veut être une bonne mère, être une bonne femme ... » - Participante 2

Cette posture féminine adoptée dans le métier pourrait alors avoir un effet sur la manière dont les infirmières envisagent leur rôle. Ainsi, il arrive que certaines infirmières comparent leur rôle auprès des patients à celui d'une mère de famille:

« Quand je suis dans la rue et même si oui des fois je suis tannée, et que je n'ai pas nécessairement le goût de jouer, des fois je dis que je joue à la mère, mais il y a des patients qui ne vont pas bien, il y a des personnes dans la rue qui ne vont pas bien. Alors, moi je vais arrêter, je vais les aider, c'est pas tout le monde qui fait ça. » - Participante 10

En outre, cette posture maternelle appliquée à la sphère du travail pourrait cependant engendrer des obligations morales chez les infirmières, puisque les attentes quant à leur implication dans leur rôle professionnel seront plus grandes que celles attendues normalement d'un-e travailleur-se. À cet effet, nous avons trouvé qu'il arrivait que les infirmières ressentent un sentiment de culpabilité vis-à-vis de leurs patients, ainsi que de leurs collègues. Comme cette infirmière travaillant chaque jour de Noël et jour de l'An, puisqu'elle se sentait responsable de laisser les patients avec un manque d'infirmières particulièrement durant cette période de l'année:

« Quand j'ai commencé ma carrière d'infirmière, alors oui je trouvais ça vraiment difficile, parce que je me sentais responsable. Je me disais ça n'a pas de sens les patients vont manquer de soins, les autres infirmières vont être dans le *rush*. Quand j'ai commencé à travailler, j'étais célibataire alors j'ai travaillé le jour de Noël et le jour de l'An pendant plusieurs années parce qu'il manquait toujours de personnes, et je trouvais que ça n'avait pas de sens. » - Participante 6

De plus, nous avons constaté que certaines infirmières acceptent parfois de franchir la frontière professionnelle en adoptant une posture familière avec leurs patients. Par exemple,

certaines envisagent qu'il leur faille traiter leurs patients comme s'ils étaient un membre de leur famille:

« Je pense que c'est dans notre rôle de toujours traiter les patients comme si c'était nos parents, donc de les traiter le mieux possible. » - Participante 7

Cependant, ce n'est pas le cas de toutes les infirmières, alors que d'autres expriment plus de réticences à adopter cette posture face à leurs patients:

« Je garde une distance professionnelle, oui. C'est certain que ce n'est pas ma grand-mère, ce n'est pas mon grand-père. C'est une relation professionnelle avec quelqu'un qui a besoin d'un professionnel. Je vais être gentille et tout ça, mais ça reste quand même que c'est... ce ne sont pas mes amis, je les aime bien, mais ce ne sont pas mes amis. Je ne leur donne pas mon numéro à la maison pour qu'ils m'appellent ou des choses comme ça, non. » - Participante 1

En outre, plusieurs infirmières n'hésitent pas à faire entrer leur vie privée au travail, à partager un peu d'elles-mêmes surtout si cela peut aider les patients ou leurs familles. Ainsi, pour une infirmière ayant perdu son mari des suites d'un cancer et travaillant auprès de patients en oncologie, il arrive souvent qu'elle rencontre les familles de ses patients souvent pour partager son histoire:

« Je leur parle de ça, parce que je sais que ça peut les aider et puis ça fait longtemps que mon mari est décédé alors ce n'est plus quelque chose de récent, c'est cicatrisé, mais je pense que je peux leur apporter quelque chose oui. Ils me demandent quoi faire pour rendre la chose plus facile. On parle, et ça leur fait du bien. Ce n'est pas écrit dans ma description de tâche, mais ça fait partie d'être une personne humaine et d'aider les gens autour de soi. » - Participante 8

Pour d'autres infirmières se raconter fait, en quelque sorte, partie de leur travail et permettrait de meilleurs résultats auprès des patients:

« Si ça peut aider que je leur raconte une tranche de vie, et bien je vais le faire. Je ne vais pas m'étendre sur leur lit pour leur parler de mes problèmes, mais ça peut arriver que pour favoriser un contact, je m'ouvre un peu. Là, je suis enceinte, et ça paraît beaucoup, donc oui, ils rentrent dans ma vie privée. Des fois ça favorise le contact, donc non je ne suis pas réticente à ça » - Participante 10

« Je pense que de s'ouvrir un peu aux patients ça permet de tisser un lien de confiance. S'ils voient que tu leur racontes un peu de ta vie, alors eux aussi vont t'en raconter, et dans ce temps-là, ça fait une belle chimie. C'est agréable aussi quand avec tes patients tu réussis à avoir un bon lien de confiance. On dirait que l'on forme une équipe. » - Participante 9

Ainsi, nous constatons que les infirmières adoptent à l'occasion des comportements où elles acceptent de franchir leur rôle professionnel afin de faciliter les soins et favoriser le contact avec les patients. Cependant, si certaines infirmières acceptent de s'ouvrir et d'adopter une posture familière, ce pourrait notamment être par la présence d'une obligation morale. En effet, nous n'attendrions rien de moins des travailleuses du care qu'elles embrassent cette posture prise dans la cellule familiale. Les attentes des patients, mais aussi celles organisationnelles, relevées dans nos entretiens permettent de démontrer la teneur des exigences requises des infirmières.

En effet, le discours des infirmières confirme l'existence de certaines attentes envers elles. D'abord, nos résultats suggèrent que les patients peuvent se montrer parfois particulièrement exigeants envers elles. Ainsi, même si les infirmières affirment que d'une manière générale la plupart sont reconnaissants et ne représentent pas vraiment une source de pression, il demeure que les attentes sont élevées. Les infirmières racontent les exigences de certains patients:

« Bien c'est un peu comme dans n'importe quoi, il y a des personnes qui sont plus exigeantes que d'autres, et quand elles sont à l'hôpital, alors elles sont encore plus exigeantes. [...] » - Participante 3

« Les gens s'attendent des fois à ce que l'on en fasse beaucoup pour eux [...] Il y a des patients qui m'appellent au bureau à tout bout de champ, mais j'ai du travail à faire. Évidemment s'il y a des urgences, je vais répondre à leur demande, mais si ce n'est pas urgent... ils savent que j'ai plusieurs patients, si je réponds à tout le monde ça ne finit plus. Il y en a qui aimeraient ça juste m'appeler pour parler parce qu'ils sont seuls. J'ai dit non ce n'est pas possible, moi j'ai de l'ouvrage à faire, j'ai des gens à aller voir, mais je mets des limites. » - Participante 1

De plus, les participantes travaillant auprès des personnes âgées ont dit qu'il est fréquent d'entendre chez ces patients l'utilisation du terme garde-malade plutôt qu'infirmière. Il est donc possible que certaines attentes entretenues par cette clientèle soient fondées sur une perception révolue du rôle de l'infirmière:

« L'infirmière est quand même perçue d'une manière différente selon les âges des patients. Il y a des infirmières qui se sentent insultées quand elles se font appeler " gardes " , moi ça me dérange pas, je trouve ça mignon, mais si en même temps ça rappelle à avant ce que c'était une infirmière, maintenant ça l'a évolué. » - Participante 7

« Souvent, les personnes âgées vont penser à avant qu'est-ce que ça faisait une infirmière. L'évolution de notre rôle n'a pas suivi pour eux, donc oui peut-être que là-dedans... On le voit surtout dans les unités aux soins aigus, les soins physiques, il y a des patients qui vont nous dire “ Est-ce que je peux aller aux toilettes ? ”, peut-être que c'est pour ça que des fois on va les aider, parce qu'ils s'attendent à ce que je l'aide. » - Participante 4

Par ailleurs, les attentes des patients ne seraient pas toujours verbalisées aussi clairement. Ainsi, une infirmière confie parfois outrepasser son rôle, sans qu'on lui demande, parce que certains patients seraient trop nonchalants dans leurs traitements:

« Ça varie avec les personnes, il y a des patients extrêmement exigeants qu'on est obligé de placer un peu gentiment, [...], il y en a qui sont nonchalants, qui ne font pas ce qu'il faut. Alors, des fois, on les appelle à la maison, on est pas supposé faire ça, mais si on veut que leur traitement soit correct, on les appelle pour confirmer qu'ils ont bien pris leurs médicaments. » - Participante 8

Enfin, ce dernier extrait permet d'illustrer la charge éthique dans l'obligation morale alors que cette participante accepte d'une certaine façon de porter la responsabilité de la nonchalance de ses patients en adoptant un rôle qui n'est pas nécessairement le sien.

De plus, les résultats montrent que l'organisation du travail s'appuie actuellement sur l'obligation morale des infirmières pour pallier à ses différentes lacunes. En effet, les gestionnaires s'attendent à ce que les infirmières accomplissent du travail gratuit parce qu'il en est ainsi dans ce métier:

« Quand je commençais, je me suis déjà fait dire, lorsque j'ai terminé plus tard une fois parce que la fille est arrivée en retard, ça faisait déjà trois soirs de suite que je finissais une demi-heure plus tard, [...], et je suis allée les voir à la liste de rappel. La coordonnatrice m'a clairement dit: “ Écoute ma belle, quand tu choisis ce métier-là, il faut que tu t'attendes que dans ton travail ça arrive. ” [...] J'ai répondu: “ Alors, c'est combien de temps pour vous que je suis censée attendre ? À partir de combien de temps, on fait du bénévolat ? ” Elle m'a dit quelque chose comme que trente minutes c'était normal. » - Participante 2

« Quand, les gens sont débordés, on reste souvent après notre quart pour les aider un peu, c'est sûr qu'on ne va pas les laisser dans le trouble, si on est capable de les aider, on va les aider. Mais c'est sûr que l'employeur compte là-dessus. On est comme ça nous autres, c'est dans nos gênes d'aider les gens, donc ils (les gestionnaires) en profite, mais je trouve qu'il y a de l'abus de leur part. » - Participante 1

Selon les propos de la dernière participante, nous pouvons comprendre que l'employeur compte sur ce modèle des soins où l'engagement des infirmières serait illimité; un modèle où il revient aux infirmières d'aider les autres afin de compenser la pénurie de personnel. À cet effet, poser une limite s'avère parfois difficile pour les infirmières particulièrement alors que les principes éthiques qui sous-tendent leur métier, tel que l'humanité, sont aussi lourds de responsabilités. Ainsi, les défaillances dans l'organisation de travail placent les infirmières devant un dilemme où elles se retrouvent confrontées aux obligations morales de leur profession, notamment à la charge éthique, mais aussi émotionnelle et parfois mentale. Les prochains extraits illustrent bien cette réalité:

« C'est un exemple de situation que si mon patient se retrouvait comme ça et que je puisse le faire, alors je vais le faire. Ou bien je vais aider la préposée à le faire pour que ça aille plus vite, [...], mais souvent on n'a pas le temps parce que ça ne fait pas partie de nos tâches. Mais en tant qu'humain, j'ai beaucoup de difficulté à laisser quelqu'un comme ça. » - Participante 2

« Lorsque la vie d'un patient est en danger, on n'a pas le choix de rester avec l'équipe en plus de continuer à s'occuper de nos autres patients. Toute la documentation, toute la paperasse à remplir, nous mettent en retard. Donc dans ces temps-là, des fois on dépasse d'une heure ou deux notre quart de travail, mais ça non ce n'est pas rémunéré. Il y en a qui sont plus fines que moi, eux autres elles laissent tout et s'en vont. Moi, je ne me sens pas encore prête. » - Participante 3

À l'issue de ces résultats, nous constatons que le travail des soins dans la sphère publique est parfois teinté par celui effectué dans la sphère privée. À cet effet, certaines participantes mettent en évidence la présence à la fois féminine et maternelle pesant sur leur rôle professionnel. Par ailleurs, l'existence d'obligations ferait reposer un poids important sur les épaules des infirmières, alors que d'une part l'on s'attendrait d'elles à une disponibilité illimitée dans leurs relations avec les patients, et que d'autre part le travail des soins soit avant tout motivé par le cœur et ses sentiments. Ainsi, nos résultats montrent de plusieurs manières la présence d'une infiltration de la sphère domestique dans celle publique. Premièrement, certaines infirmières auraient tendance à adopter une posture personnelle dans leur travail professionnel, lorsqu'elles soignent les patients comme s'ils étaient des parents ou lorsqu'elles accèdent aux demandes des patients en se racontant à eux. Deuxièmement, les patients et les gestionnaires entretiennent de lourdes attentes envers les infirmières. En effet, les patients

peuvent se montrer particulièrement exigeants avec les infirmières alors qu'ils se retrouvent dans une position de vulnérabilité (la maladie) et qu'ils voudraient que les infirmières soient disponibles en permanence pour eux, qu'elles les écoutent et même parfois qu'elles soient aimantes. Les gestionnaires, quant à eux, s'attendent à ce que les infirmières fassent preuve de générosité dans leur travail notamment auprès des patients et de leurs collègues. Au final, qu'elles agissent pour compenser l'actuel manque de ressources, par exemple, en effectuant des tâches qui ne sont pas les leurs ou en restant plus tard que prévu.

Finalement, nous constatons que le travail gratuit se perçoit au sein de trois manifestations principales, soit le don de soi, la personnalisation du service et l'obligation morale. Le don de soi réfère aux comportements de savoir-être, n'étant pas compris dans les tâches des infirmières, mais que celles-ci refusent d'abandonner alors que l'éthique des soins les prescrit. La personnalisation du service se distingue par la capacité d'adaptation des infirmières aux circonstances du service, mais surtout aux individualités des patients, nécessaire dans les soins. Enfin, l'obligation morale s'envisage dans la construction actuelle du modèle des soins, qui reposerait davantage sur des attributs relatifs au maternage et aux sentiments, et ainsi qui engendrerait une responsabilité trop grande pour des professionnelles.

Notre analyse des manifestations de l'invisibilité d'une part du travail des infirmières se poursuit donc par celles caractérisant l'obligation de disponibilité implicite.

B. Les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite

Cette section sera consacrée à la présentation des manifestations de l'obligation de disponibilité implicite dans le travail des infirmières. Nous avons trouvé plusieurs exemples de celles-ci lors de moments particuliers, soit les périodes de pause-repas (i), les périodes de chevauchement entre les quarts de travail (ii), ainsi que les demandes relatives aux heures supplémentaires (iii). Avant tout, rappelons que l'obligation de disponibilité implicite est une contrainte invisible poussant les infirmières à se mettre en disponibilité face aux besoins organisationnels et sans pour autant qu'on l'ait formellement exigé.

i. Les périodes de pauses-repas

Selon nos résultats, les périodes de pauses-repas sont effectivement des moments où il est possible d'observer une obligation implicite pour les infirmières d'être disponibles pour travailler même si formellement elles ne sont pas en temps de travail. De prime abord, l'obligation de disponibilité implicite peut se manifester lorsqu'une infirmière se sentira contrainte à rester à son poste de travail ou du moins sur les lieux du travail durant la période de pause-repas, et ce afin de pouvoir répondre à d'éventuels besoins des patients ou de ses collègues. Dans ces cas, l'obligation est implicite parce qu'elle se manifeste avant tout alors que la nature ou le contexte du travail pousseront l'infirmière à rester disponible.

Il existe deux manifestations claires de l'obligation de disponibilité lors des périodes de pauses-repas, soit les infirmières écourtent la durée de leur pause, soit elles restent à leur bureau pour effectuer du travail tout en consommant leur repas. Toutefois, différentes explications ont été fournies par les participantes pour justifier leurs choix. Nous allons alors présenter ici les exemples de l'obligation de disponibilité selon les différents motifs qui expliquent pour quelles raisons les infirmières restent sur leur lieu de travail. Par ailleurs, nous avons observé que toutes les infirmières rencontrées affirment prendre dans la majorité des cas leur pause-repas sur les lieux de travail. En effet, plus de la moitié des infirmières rencontrées ont affirmé rester lors de leur pause-repas principalement parce que le travail les y oblige et non pas par choix individuel. En outre, quatre infirmières ont tout de même mentionné n'avoir aucun problème à quitter les lieux du travail, même si elles y choisissaient plus souvent d'y rester pour prendre leur repas.

Or, les contraintes des infirmières à rester sur leur lieu de travail n'étaient pas liées à des demandes explicites de l'employeur, bien qu'il en ait été ainsi pour une seule infirmière et que dans ce cas particulier la pause-repas ait été rémunérée selon les clauses prévues à la convention collective. Cependant, dans tous les autres cas, aucune demande formelle de la part des gestionnaires ne requiert des infirmières qu'elles ne quittent pas leur lieu de travail, ni qu'elles ne prennent pas entièrement leur pause-repas. Pourtant, la majorité des infirmières rencontrées le font. En effet, la surcharge de travail peut souvent expliquer ce comportement

chez les infirmières. De plus, dans certains cas, c'est le temps pour la pause-repas qui s'avère insuffisant pour permettre aux infirmières de quitter l'établissement de travail.

Dans un premier temps, la surcharge de travail entraîne souvent un manque de temps pour l'accomplissement des tâches quotidiennes et force alors plusieurs infirmières à rester sur les lieux de travail durant la période de pause-repas parce qu'elles seront contraintes à réduire le temps qu'elles allouent à celle-ci. Par ailleurs, cette surcharge de travail est le fait d'un contexte organisationnel, caractérisé par un manque de personnel et l'alourdissement des cas. Elle impose donc aux infirmières d'être disponibles sur un temps personnel et, il va sans dire, non rémunéré.

« Je reste souvent à mon poste de travail ou sur les lieux du travail. [...] Ça dépend des journées. Des fois, je finis plus tard, ça dépend toujours si j'ai eu des surprises, des patients qui se sont rajoutés, ou des situations particulières... je ne prends pas toujours le même temps pour dîner. Mais si j'avais mon heure, je pourrais aller manger à l'extérieur et revenir, il n'y a pas de problème. Mais ça dépend des jours... » - Participante 1

Cette infirmière confirme que si elle choisit la majorité du temps de rester sur les lieux du travail durant sa pause-repas, c'est que le contexte de son travail l'y oblige, car autrement elle pourrait sortir à l'extérieur pour prendre son repas. Selon une autre participante travaillant aux soins intensifs, dans son service, prendre l'entièreté de sa pause-repas est irréaliste compte tenu des nombreux imprévus qui surviennent quotidiennement, comme les visites médicales, qui prennent un temps considérable :

« Des fois, les médecins arrivent pour les tournées médicales, nous il faut présenter nos patients aux médecins, et comme on est un hôpital universitaire il y a beaucoup de résidents c'est vraiment long parfois. Donc des fois tu ne peux pas partir en pause, car tu dois présenter tes patients et ensuite ta collègue aussi doit le faire. Tu ne peux pas lui donner tes patients pour qu'elle puisse te couvrir comme normalement pendant nos pauses parce qu'il faut qu'elle présente ses patients aussi. Des fois, les médecins arrivent au mauvais moment pour les tournées, alors le matin c'est difficile de prendre une pause, et pour le dîner, tu ne veux pas prendre tout ton temps de pause parce qu'après l'autre infirmière elle finira par aller en pause vers 14 h 30. À cette heure-là, quand elle reviendrait, il serait pratiquement l'heure qu'elle quitte. On essaie de s'entraider dans nos pauses. » - Participante 7

Compte tenu du contexte de travail, les infirmières choisissent alors d'écourter leur pause-repas notamment par solidarité avec leurs collègues afin de permettre une répartition équitable du temps de pause. Par ailleurs, il arrive que le manque d'expérience soit un autre élément qui, jumelé à la surcharge de travail, incite certaines infirmières à réduire leur temps de pause-repas:

« Quand j'ai commencé, je ne la prenais pas au complet (pause-repas), parce que c'est sûr que je n'avais pas le temps de finir sinon, et il y avait aussi la pression de réussir et de faire mes preuves. Quand tu commences à travailler quelque part, on dirait que tu veux faire le plus possible avec le temps que tu as, qui généralement n'est pas gros. En plus, j'ai commencé en hiver, donc il y avait beaucoup de patients, c'était lourd, on était souvent juste une personne pour faire le travail de deux... » - Participante 10

De plus, la réduction du temps qu'elles allouent à leur pause-repas n'est pas le seul moyen envisagé par les infirmières afin de compenser le manque de temps. En effet, certaines infirmières resteront plutôt à leur poste de travail durant cette période de pause afin d'accomplir des tâches qu'elles n'auraient pas eu autrement le temps de faire durant leur quart de travail.

« Il m'arrive des fois de la raccourcir un peu (la pause-repas), mais ça ne sera pas pour être plus longtemps auprès du patient, ça sera normalement pour faire mes papiers. [...]. Donc, je remplis mes papiers en mangeant, où je prends moins de temps. Je le fais pour ma propre conscience, mais je ne serai pas plus auprès du patient. C'est parce que moi je ne veux pas finir plus tard, et de toute façon, je ne sais pas où je mettrais vraiment le temps pour faire cette paperasse pendant mon quart » - Participante 2

C'est également le cas de cette infirmière affirmant qu'elle et son équipe mangent ensemble pour pouvoir souvent travailler en même temps:

« On n'a pas le temps d'arrêter. Souvent on est huit infirmières de recherche, si on a le temps, on va se réunir ensemble pour manger dans l'un de nos bureaux. Mais souvent on n'a pas le temps, alors on mange notre lunch devant l'écran en faisant du travail parce que c'est comme ça. Normalement on prend entre 10 minutes et une heure. [...] Non cette heure-là n'est pas payée. Mais ça arrive souvent qu'elle soit travaillée et il y a pas personne qui ... [...] Ça vient avec le travail » - Participante 8

Dans un deuxième temps, nos résultats montrent que la surcharge de travail n'explique pas toujours l'obligation des infirmières à rester sur leur lieu de travail. En effet, une infirmière a mentionné que le temps qui lui était accordé pour sa période de pause-repas l'empêchait de

quitter son lieu de travail. De plus, les circonstances relatives à ses horaires de travail l'obligent également de prévoir d'apporter un lunch, car aucune autre solution n'est possible:

« Je reste sur les lieux du travail parce qu'avec 45 minutes on n'a pas le temps de sortir à l'extérieur, surtout que normalement on n'est pas tenu de sortir avec notre tenue vestimentaire, alors s'il faut sortir, il faut se changer et revenir donc c'est impossible, j'ai toujours mon lunch. La cafétéria ferme à 19 h 30 donc souvent si prend la pause à 20 h 45 la cafétéria est déjà fermée. » - Participante 3

De plus, une seconde infirmière mentionne se sentir parfois obligée de rester sur son lieu de travail lors de sa pause-repas afin d'être disponible si le téléphone ou la pagette sonne:

« Quand on est en charge, on a le téléphone sur nous. Pour tout le quart, tu es la personne à appeler, mais normalement une personne qui est obligée de rester sur son unité, devrait être payée sur son heure de dîner. Comme les personnes qui ont un *pager* pour les codes blancs, elles sont obligées de rester en place dans l'établissement au cas où il y aurait un code, donc elles se font payer leurs heures de dîner. [...] Mais nous quand on a le *pager*, il faut le donner à une autre infirmière pendant ta pause. Sauf que quand tu as le *pager* c'est parce que tu as aussi la charge de patients la plus facile du quart. Et là, il faut que tu le donnes à l'infirmière avec qui tu travailles, mais elle, elle est peut-être vraiment occupée par ses patients puisqu'ils ont été côté haut. Donc, des fois tu te sens mal, alors tu préfères le garder, et si ça se met à sonner, tu y vas même si tu es en pause. Donc, dans ces temps-là, tu ne peux pas aller dehors. » - Participante 7

Ainsi, il arrive que cette infirmière soit en charge et qu'à cette occasion elle se sente obligée de rester à l'hôpital lors de sa pause-repas pour ne pas imposer davantage de surcharge de travail à ses collègues.

En outre, nos résultats montrent également que trois infirmières ne semblent pas expérimenter d'obligation de disponibilité sur leur temps de pause-repas, car celles-ci affirment avoir la possibilité de sortir manger à l'extérieur au besoin. Pour l'une d'entre elles, l'autonomie et la latitude offertes par son poste de travail actuel lui permettent de prendre son temps de repas au complet et à l'endroit qui lui convient:

« Je pourrais sortir à l'extérieur, il n'y a pas de patients qui attendent après moi. Les patients que je vois ne sont pas sur place, je n'ai pas à assumer de surveillance, par exemple, ce qui fait que la plupart du temps j'amène mon lunch et je mange à l'hôpital. » - Participante 5

Quant aux deux autres infirmières, leur milieu de travail ou la surcharge de travail ne semble pas responsable d'une limitation quant aux périodes de pauses-repas. Toutefois, les deux ont affirmé ne prendre que très rarement leur pause, car elles n'auraient pas le temps:

« Pour notre repas souvent on va dans une petite salle d'employés ou des fois à la cafétéria. Sinon pour les pauses, ça dépend, sur le quart de soir, on a parfois un peu plus de temps en fin de soirée pour prendre une petite pause, mais dans le jour, j'avoue que c'est rare qu'on les prenne, parce qu'on ne veut pas être en retard et finir plus tard de travailler ou on veut essayer de répondre à tous les besoins du patient. » - Participante 4

« Tu n'as pas le temps de prendre ton 15 minutes avant ta période de repas, donc nous on prend une heure plutôt que 45 minutes. On pourrait prendre un deuxième 15 minutes de soir, mais on ne le prend pas. » - Participante 9

En somme, selon nos résultats, les infirmières sortent rarement à l'extérieur de leur milieu de travail durant leurs périodes de pause-repas parce que différentes contraintes liées au contexte ou à l'organisation du travail les en empêchent. En effet, la surcharge de travail force les infirmières à réduire leur temps de pause ou à effectuer des tâches cléricales durant celle-ci. De plus, le temps accordé à la pause-repas peut aussi expliquer la restriction de mouvement durant cette période. À cet effet, les infirmières sont soumises à une obligation de disponibilité implicite, du fait qu'aucun gestionnaire ne les y oblige clairement.

Nous poursuivons avec l'analyse d'une deuxième manifestation de l'obligation de disponibilité implicite, celle survenant durant la période de chevauchement entre les quarts.

ii. Les périodes de chevauchements

Selon nos résultats, la période de chevauchement représente une période où une obligation de disponibilité implicite peut se manifester pour les infirmières exerçant dans un milieu où la rotation entre les quarts de travail est présente. En effet, toutes les infirmières ne sont pas affectées par les périodes de chevauchement, il semble que seules celles travaillant dans le milieu hospitalier et dans un département offrant des soins en continu y soient généralement soumises afin d'assurer une rotation entre les différents quarts de jour, de soir et de nuit. Parmi les dix infirmières rencontrées, quatre n'étaient actuellement pas affectées par un besoin de

rotation entre quarts, même si deux d'entre elles l'avaient été par le passé. Or, pour la majorité des infirmières expérimentant les chevauchements de quart, ceux-ci s'avéraient souvent problématiques puisque la période de quinze minutes réservée à cet effet ne serait pas suffisante pour couvrir le temps nécessaire au transfert des dossiers. En outre, les infirmières ont donc confirmé rester plus longtemps suivant leur quart, et ce, parce qu'elles ont l'obligation de transmettre l'entièreté des informations concernant les patients à celles prenant la relève. Ainsi, la rotation des quarts entraîne toujours une obligation de disponibilité implicite malgré la récente entente entre employeurs et syndicats afin d'inclure la période de chevauchement dans le temps de travail.

Au cours de nos entretiens, plusieurs infirmières ont expliqué que le processus de transfert des dossiers à celles prenant leur relève prenait souvent plus que les quinze minutes allouées à la période de chevauchement. À cet effet, nos résultats montrent que les infirmières syndiquées, tant avec la FIQ qu'avec la CSN, travaillant dans un milieu où les services sont dispensés en continu bénéficient depuis quelques années d'une rémunération pour la période de chevauchement. Cependant, celle-ci se révélerait souvent insuffisante selon les infirmières, qui estiment entre peu fréquent et très fréquent, être obligées de rester disponible au-delà de cette période de chevauchement.

Par ailleurs, les explications diffèrent entre les infirmières pour expliquer le manque de temps qu'elles expérimentent lors de la rotation entre les quarts. Ainsi, certaines affirment, par exemple, que selon les patients dont elles étaient en charge durant le quart, le temps nécessaire au transfert des dossiers variera :

« Selon le patient, des fois ça peut prendre 5 minutes, mais des fois ça peut prendre 20 minutes. Donc, si ton rapport te prend plus que 15 minutes à présenter, alors le 5 ou 10 minutes de plus que tu prends pour terminer, tu n'es pas payé. [...] Ça n'arrive pas souvent, mais ça arrive des fois. » - Participante 6

« Quinze minutes, c'est vraiment très juste, parce que des fois on peut passer juste ce temps-là pour parler d'un patient si ça a mal été pendant le quart. Donc, je pense que ça m'est peut-être arrivé quelques jours seulement de terminer vraiment à minuit autrement c'est impossible. » - Participante 3

Il se pourrait également que dans certains services où les cas des patients sont particulièrement lourds, ou encore où le nombre de patients par infirmière est très élevé, le temps requis par la période de chevauchement augmente:

« Non, vraiment pas. Non ce n'est pas suffisant. Si les patients sont stables alors oui, mais s'ils ne le sont pas c'est sûr que non. Des fois, lorsque je suis en charge aux soins intensifs ça peut me prendre 45 minutes faire le rapport. Et d'autres fois, lorsque je travaille dans l'unité de cardiologie, et que je suis en charge là-bas, je peux avoir environ trente-huit patients à présenter, ça peut me prendre une heure pour donner mon rapport, mais tu n'es payé que 15 minutes. » - Participante 7

« C'est sûr qu'il y a des journées où ça prend plus de temps, mais c'est exceptionnel, ça arrive quand même, mais rarement dans mon cas. Moi, je vais le dire à la fille qui prend la suite, que je pars à 4 h 00. » - Participante 2

Également, certaines infirmières ajoutent, que selon la manière dont est organisé actuellement le transfert des dossiers entre les infirmières, il soit presque impossible que la période de chevauchement prenne le temps prévu:

« On ne finit jamais vraiment à minuit de donner les rapports, parce qu'il y a plusieurs infirmières à qui parler. Souvent tu attends, tu dois attendre ton tour. Dans mon unité présentement, ils ont essayé de faire des sections fixes pour que ça n'arrive pas. [...] Mais c'est plus ou moins respecté finalement à cause du manque de personnel. [...] Je pense que ça ne m'est jamais arrivé, à moins que la prochaine infirmière arrive plus tôt et qu'elle décide de prendre les rapports avant le début de son quart, mais je ne crois pas que ça me soit déjà arrivé de terminer à minuit. C'est tout le temps au moins entre 10 et 15 minutes de plus. » - Participante 9

« C'est un peu de la folie ! Les premières fois que l'on voit ça, c'est presque épouvantable, parce que tu as les deux quarts de travail qui sont présents et tout le monde parle fort, essaye de se donner toutes les informations, puis on essaye de voir tout le monde, parce que ma charge de travail elle n'est pas donnée à une seule infirmière, elle est donnée à plusieurs infirmières donc il faut faire le tour de toutes, il y en a qui connaissent les patients donc le rapport est plus rapide, il y en a qui ne connaissent pas le patient, il faut alors faire le résumé au complet. Quinze minutes c'est vraiment limite. » - Participante 3

De plus, il peut également arriver que la période de chevauchement s'étire au-delà du temps de travail, parce que l'infirmière prenant le relais accuse un retard. À cet effet, aucune mesure ne semble du moins envisagée dans l'organisation actuelle des périodes de chevauchement pour

éviter que les infirmières soient obligées d'être disponibles alors qu'elles ne sont plus sur leur temps de travail:

« Ça se peut qu'on dépasse un peu, souvent le temps de donner le rapport parce que, par exemple, la fille du quart de travail d'après arrive un peu limite ou en retard, mais en général c'est rare. » - Participante 4

« En ce moment, justement il y a un gros conflit entre les infirmières de nuit et celles de jour. Parfois, il y a des infirmières de jour qui arrivent à huit heures moins dix, certaines à moins 5 et des fois il y en a qui arrivent à huit heures. L'infirmière qui donne le rapport, elle, elle devra partir à 8 heures et quart, mais elle n'est pas payée pour ce 15 minutes, [...] et on ne peut partir tant qu'il n'y a pas personne qui ait pris le relais. » - Participante 3

« Des fois, tu dois attendre après l'autre, si elle arrive en retard, il y en a beaucoup qui arrivent en retard à leur quart de travail, parfois il y en a qui arrivent 15 minutes en retard, alors ton 15 minutes est éliminé, tu n'es plus payée, mais il faut que tu restes parce que c'est dangereux de ne pas pouvoir donner ton suivi de patients. » - Participante 7

Ainsi, les infirmières affirment qu'elles considèrent être obligées de rester disponibles par devoir professionnel. En effet, le passage des dossiers à l'infirmière suivante est un moment important parce que les informations transmises seront cruciales aux bons soins du patient.

Une participante ajoute:

« Par souci du bien-être du patient, tu veux donner un rapport complet. Tu ne veux pas être pressée parce que tu n'as que 15 minutes payées. C'est important, il y a des choses que l'autre personne qui prendra le relais doit savoir. » - Participante 6

En somme, la période de chevauchement entre les quarts de travail est fixée présentement à quinze minutes. Cependant, les infirmières considèrent que ce temps n'est pas suffisant à la transmission des dossiers entre collègues. En effet, plusieurs éléments semblent expliquer la variation du temps nécessaire, tels que la gravité des cas, le type de service ou encore la manière dont est organisé l'échange. Toutefois, en étant trop restreint, ce moment oblige les infirmières à être disponibles en dehors de leur temps de travail. Si les infirmières sont forcées de rester en poste, c'est avant tout parce qu'elles considèrent ne pas pouvoir quitter sans avoir transmis toute l'information à la prochaine infirmière. Enfin, la période de chevauchement est donc particulièrement susceptible d'induire une obligation de disponibilité implicite pour celles affectées par cette réalité.

Nous analyserons désormais une troisième période d'où peut émerger une obligation de disponibilité implicite, soit lors des demandes par l'employeur pour les heures supplémentaires.

iii. Les demandes pour les heures supplémentaires

Cette troisième partie s'intéressera aux demandes relatives aux heures supplémentaires qui conduiraient à une obligation de disponibilité implicite sur les infirmières. Confrontées à des demandes exprimées explicitement par l'employeur, les infirmières ne se sentiraient pas toujours en position de refuser. À cet effet, le caractère volontaire des demandes pour les heures supplémentaires serait plutôt une illusion, qui dissimulerait véritablement une obligation pour les infirmières. En effet, le contexte organisationnel affecté à l'heure actuelle par un important manque de personnel pourrait notamment expliquer l'existence d'une certaine pression autour de l'exécution d'un grand nombre d'heures supplémentaires par les professionnelles. Par ailleurs, notre analyse concerne ici les demandes faites quasiment toujours à la dernière minute où l'employeur sollicitera directement les infirmières pour des heures supplémentaires. Cette restriction est expliquée par la position dans laquelle les infirmières se retrouvent alors, et qui serait celle particulièrement susceptible de conduire à une obligation.

En outre, les demandes pour les heures supplémentaires peuvent se manifester de deux manières, soit par téléphone alors que l'infirmière est chez elle, soit en personne alors que l'infirmière est au travail. Concernant les demandes par téléphone, il semble que pratiquement aucune infirmière n'exprime de difficulté à les refuser. Ainsi, ce type de demandes n'apparaît pas conduire forcément à une obligation de disponibilité. Concernant les demandes exprimées en personne, les résultats sont également partagés, mais il semble entre autres que lorsque les demandes proviennent de collègues en charge, elles soient plus facilement acceptées, que celles provenant des gestionnaires. Nous verrons alors les propos des infirmières pour chacun de ces cas.

Dans un premier temps, il arrive que les infirmières soient sollicitées par téléphone, alors qu'elles ne sont pas au travail, pour faire des heures supplémentaires parce qu'il manquerait de personnel. Ainsi, certains hôpitaux semblent avoir recours à une liste de rappel pour le temps supplémentaire, selon les personnes s'étant portées volontaires pour en faire. Cependant, les infirmières mentionnent qu'elles peuvent tout de même se faire téléphoner alors qu'elles ne s'y sont pas inscrites. Par ailleurs, il ne semble pas clair si les demandes sont faites en fonction de l'ancienneté ou plutôt par une rotation entre les infirmières. En outre, les participantes expriment des expériences différentes lorsqu'elles se font appeler hors du travail pour faire des heures supplémentaires. Ainsi, une première infirmière affirmait ne pas avoir de difficulté à dire non lorsqu'on lui téléphonait:

« Nous on est pas au courant, c'est la gestion des remplacements, eux ils ont une liste de personnes disponibles et ils appellent à tour de rôle. Même qu'il se peut qu'ils appellent des gens qui ne sont pas sur la liste pour voir s'il y en a qui veulent faire du temps supplémentaire. Ils essayent tout pour trouver quelqu'un. Normalement c'est selon l'ancienneté, supposons s'ils sont rendus à nous dans la liste, ils nous appellent nous en premier. [...] Le TS je pense que c'est par ordre de... je ne sais pas si c'est pas ordre d'ancienneté ou vraiment à tour de rôle. [...] Moi en ayant un poste de 10 jours par 15, je suis déjà considérée à temps plein, et je ne suis pas sur la liste de temps supplémentaire, donc ils ne m'appellent pas. Mais quand j'étais en 7 jours par 15, ils m'appelaient, mais on peut dire non sans problème. » - Participante 3

Toutefois, une autre infirmière trouvait de son côté difficile de dire non, parce qu'elle se sentirait mal de le faire. Elle invoque se sentir coupable envers les membres de son équipe et à cet effet il lui arrive donc d'accepter les demandes pour cette raison:

« Ils peuvent nous appeler un peu à la dernière minute, s'ils ont un besoin urgent ou pour que l'on fasse deux quarts de travail collés ou encore pour une journée plus loin dans la semaine, par exemple, si on est en congé. [...]. Ça dépend des périodes, mais l'hiver, ils vont souvent nous appeler. Il y en a même qui se font appeler deux ou trois fois [...]. Et, il y en a qui sont disponibles, on peut remplir une feuille de disponibilité pour du TS, sauf que moi, par exemple, j'en ai jamais rempli, mais ils nous appellent quand même. S'ils voient que tu as déjà fait un peu de TS, alors ils t'appellent. [...] C'est sûr que des fois j'ai beaucoup de difficulté à dire non. [...] Moi, je me sens mal qu'il manque du monde, ou pour mes collègues pour ne pas qu'elles se retrouvent mal prises, alors je vais en faire un par ci, un par là, mais c'est sûr qu'à un moment donné, c'est toute l'accumulation. Quand ils t'appellent, tu te sens mal, mais tu le sais qu'au fond il faudrait quand même relaxer ou avec l'école on n'a pas toujours le temps. » - Participante 4

Ainsi, il arrive que certaines infirmières soient sollicitées par téléphone pour du temps supplémentaire (TS) même si elles ne le souhaitent pas. Par ailleurs, les demandes peuvent parfois mettre une pression sur les infirmières pour qu'elles acceptent, alors que les personnes en charge les rappelleront à plusieurs reprises. Dans ces cas, les demandes pour les heures supplémentaires sont exercées sous un rapport de force et le consentement des infirmières est en quelque sorte forcé. À cet effet, les infirmières peuvent ressentir une obligation implicite à être disponible pour des heures supplémentaires.

Dans un deuxième temps, les demandes pour les heures supplémentaires peuvent également être faites en personne alors que les infirmières sont déjà au travail. En effet, les infirmières sont parfois sollicitées par les personnes en charge pour faire des heures supplémentaires prenant normalement la forme d'un deuxième quart de travail, parce qu'il manquerait de personnel. Ce temps supplémentaire n'est pas présenté comme obligatoire, pourtant il arrive qu'il soit malgré tout contraignant, puisque certaines infirmières l'accepteront parfois contre leur gré. Ainsi, une participante a exprimé s'être parfois sentie obligée d'acquiescer aux demandes pour le temps supplémentaire. Pour elle, son manque d'expérience, ainsi que sa proximité avec la personne en charge devenaient des obstacles à l'expression de ses réels désirs:

« Surtout au début quand j'ai commencé, j'étais pas trop à l'aise. Tu veux être tout le temps disponible et montrer que tu veux travailler. Donc au début, surtout quand c'était l'infirmière en charge qui cherchait je me sentais plus mal, je me disais: " Ah non, elle ne trouve pas, c'est plate ". J'étais à leur place parfois quand c'était moi l'infirmière en charge, alors je savais c'était quoi. Mais si je me sens vraiment obligée, alors je vais demander de le faire à temps simple et qu'elle m'enlève un autre quart qui va me convenir. Donc, des fois ça les aide. » -
Participante 7

Les demandes pour les heures supplémentaires sont parfois faites par des collègues infirmières en charge, mais qui normalement occupent les mêmes fonctions que celles à qui elles demandent de rester. Dans ces situations, il arrive que les infirmières se sentent davantage coupables de refuser, puisqu'elles entretiennent une relation souvent amicale avec elles:

« Avant c'était nous les infirmières en charge qui devaient remplir les trous. Donc en plus on se sentait mal pour l'infirmière en charge, c'est notre amie. On s'entraidait beaucoup. Si elle me demandait: " veux-tu rester ? " et que je m'en

allais, souvent je décidais de rester parce que j'avais pas le goût qu'elle perde son temps à chercher. » - Participante 7

Cependant, si dans cette dernière situation, l'obligation de disponibilité implicite que ressent la participante est exprimée sous un sentiment de culpabilité, une autre infirmière perçoit une même situation tout autrement. En effet, pour elle, le fait que l'assistante soit une collègue n'est pas envisagé comme une pression, mais plutôt comme une motivation:

« Moi, en fait, je ne suis pas la personne qui va se céduer du temps supplémentaire, il y en a qui le font, moi je ne le faisais pas. J'étais sur le département, ils me demandaient si ça me tentait de le faire, je le faisais [...]. Normalement, je suis une personne qui a quand même la culpabilité facile, mais là-dessus je n'avais pas l'obligation. Peut-être que c'était une façon d'aider ma gang, je ne voyais pas ça comme une obligation. Je pense que si j'avais été poussée davantage par les cadres, je ne l'aurais pas fait. Quand c'est demandé par l'assistante, et que tu sais qu'elle en fait beaucoup, elle aussi, tu te dis que c'est juste un retour des choses finalement un peu comme un parent, qui te demanderait de l'aide. » - Participante 10

Or, cette infirmière confirme accepter avant tout par solidarité avec l'assistante, car elle avoue d'emblée que si la demande lui parvenait d'un gestionnaire elle ne serait sans doute pas aussi prompte à accepter. De plus, elle affirme ne pas faire volontairement du temps supplémentaire normalement. À cet effet, le sentiment d'obligation lié à la demande de disponibilité semble ici être atténué par la volonté d'aider ses collègues.

En outre, une autre infirmière témoignant de son expérience avec les demandes pour les heures supplémentaires sollicitées en fin de quart de travail n'exprime pas de profonde objection à celui-ci, même si elle préférerait qu'il soit planifié à l'avance:

« Oui, ils sollicitent toujours. Souvent, ils arrivent en fin de quart, les infirmières sont comme: "d'accord, je vais rester finalement." [...] Maintenant, on les planifie d'avance avec les nouveaux temps supplémentaires planifiés, mais ça m'est arrivé par le passé de dire aussi: "d'accord, oui je reste". Moi ça ne me dérange vraiment pas de faire 16 heures continues, mais j'aime ça quand c'est planifié, parce que je peux m'amener un lunch, ou juste mentalement me préparer à rester plus longtemps, me reposer la veille. Mais non j'aime mieux quand c'est planifié. » - Participante 9

Selon ces derniers témoignages, les infirmières n'affirment pas se sentir nécessairement obligées d'être disponibles lorsqu'on leur demande en personne d'effectuer des heures

supplémentaires, même si elles refusent rarement. Toutefois, certaines avouent le faire davantage pour leurs collègues que par envie. Ainsi, le processus de recherche de volontaires pour le TS, qui est conduit auprès des infirmières lorsqu'elles sont déjà au travail, ne semble pas entraîner un profond sentiment d'obligation ou d'impuissance chez celles-ci. Cependant, il serait faux de croire qu'en majorité les infirmières effectuent sur une base seulement volontaire les heures supplémentaires qui leur sont demandées. En effet, le TS fait partie d'une réalité professionnelle à laquelle plusieurs infirmières se plient, parce qu'il est usuel ou normal de faire ainsi. Elles acceptent alors d'être solidaires entre elles et de faire leur part, et c'est pour cette raison que plusieurs infirmières accepteront les demandes pour les heures supplémentaires.

Par ailleurs, il arrive que les demandes pour les heures supplémentaires impliquent une obligation de disponibilité explicite, c'est le cas lorsque les employeurs ont recours au TSO. En effet, le temps supplémentaire obligatoire est un moyen adopté par le milieu de la santé dans les dernières années afin de compenser l'importante pénurie de personnel. Dans ces cas, l'obligation de disponibilité n'est pas implicite, c'est-à-dire qu'elle est clairement ordonnée par l'employeur à l'infirmière. Cependant, afin de diminuer leur recours au TSO, plusieurs organisations tentent de contourner cette mesure par l'adoption d'autres moyens sans doute moins explicites, mais tout de même coercitifs par la pression qu'ils imposent aux infirmières. La recherche de volontaires directement sur les lieux du travail en est un exemple. En effet, cette approche confronte les infirmières au manque de personnes pour assurer les soins et fait reposer entre leurs mains cette responsabilité. De plus, elle permet tout autant de camoufler l'existence d'une obligation implicite qui sous-tend le temps supplémentaire:

« J'aurais jamais dû faire ça, mais je l'ai faite quand même quand je commençais. Pour les TSO, comme je disais “ Ah, ben, je vais rester moi ”, je restais en TS au lieu qu'ils disent, elle, elle va rester en TSO. Je faisais ça, mais on n'aurait pas dû le faire, parce que c'est comme ça qu'on perd des plumes. » - Participante 10

« Ils sont (les gestionnaires), je dirais qu'ils sont chanceux. Je pense qu'il y a des statistiques et que s'il y en a trop, à un moment donné, ils peuvent être pénalisés à cause du syndicat. Donc, vu qu'on en fait beaucoup volontairement, en général, on s'en sort sans trop de TSO. Je te dirais qu'il y a peut-être un ou deux temps supplémentaires obligatoires par quinzaine. » - Participante 9

Ainsi, les demandes pour les heures supplémentaires permettent souvent d'éviter d'en venir au TSO. Mais, ces demandes découlent d'une véritable obligation à combler le manque de personnel. À cet effet, il y a lieu d'affirmer que les demandes des gestionnaires contiennent au final une obligation implicite de disponibilité pour les infirmières. En outre, une participante raconte une situation particulièrement claire de cette réalité, alors que son milieu de travail a instauré depuis quelques années un moyen implicite d'obliger les infirmières au temps supplémentaire:

« Ils (les gestionnaires) ont instauré une liste de garde, parce qu'il manque toujours d'infirmières. Ils la mettent sur le réfrigérateur dans la salle à café avec les dates où ils manquent des personnes pour les quarts de jour, de soir, ou de nuit. Libre à chacune de mettre son nom si elle veut faire une garde. Une garde ça veut dire que tu es disponible pour faire du temps supplémentaire, il se peut qu'ils n'aient pas besoin de toi, mais il se peut aussi s'ils ont besoin que tu sois obligée à rester. Donc si tu ne mets pas ton nom, et que les trous ne sont pas comblés, ils vont mettre ton nom à ta place. Pour moi, c'est une façon déguisée de faire du temps supplémentaire obligatoire » - Participante 6

Alors que cette liste pourrait a priori sembler volontaire, elle se révèle en fait tout le contraire. Ce temps supplémentaire volontaire cache une obligation de disponibilité d'abord derrière le caractère étendu de la disponibilité demandée et ensuite par l'obligation finale qui peut en résulter. En effet, en inscrivant son nom sur cette liste, les infirmières ne sauront pas davantage à l'avance si elles auront à faire un temps supplémentaire, puisque celui-ci sera fonction des besoins de la journée. Elles se retrouvent alors obligées de moduler leur temps personnel en fonction d'une éventuelle demande de leur employeur. De plus, au final, le temps supplémentaire se révèle totalement hors du contrôle des infirmières, qui même sans inscrire leur nom, peuvent s'y retrouver forcées. En outre, cette situation est la seule du genre à avoir été rapportée par les infirmières rencontrées. Toutefois, au contraire des autres manifestations de l'obligation de disponibilité implicite par les demandes pour les heures supplémentaires, celle-ci vient remettre en question les barèmes du temps de travail. En effet, il s'agit du seul exemple où l'employeur peut disposer du temps libre des infirmières sans contrepartie.

Également, il semble que le recours au TSO puisse engendrer à l'occasion une obligation de disponibilité implicite, non pas pour l'infirmière visée par celui-ci, mais pour les collègues de

cette dernière. En effet, certaines participantes ont relaté la présence d'ententes informelles entre infirmières pour éviter que certaines soient forcées au temps supplémentaire obligatoire:

« J'ai travaillé 21 ans à l'hôpital, ça ne fait pas longtemps que je suis en CLSC, c'est sûr qu'ils (les gestionnaires) allaient toujours vers les nouvelles, après ça celles qui avaient des enfants et qui étaient mal prises, donc de temps en temps on se disait, on va rester à sa place ou des choses comme ça. Évidemment qu'on essaie de... c'est difficile, parce que ce n'est pas drôle ça crée des... le temps supplémentaire obligé dans les hôpitaux, il n'y a rien de pire, ça crée des tensions partout, des pleurs... » - Participante 1

« Il y a une fois où c'est passé à un petit poil, que je reste, mais il y en a une qui a dit que ça ne lui dérangeait pas de rester. Elle a dit: “ Regarde, je vais le faire cette nuit ”, donc des fois dans ce temps-là on s'arrange entre nous. Je lui avais dit: “ Comme tu restes à ma place, je peux te faire un autre de tes quarts de travail, une autre fois cette semaine ” Ça serait à taux simple, et non en temps supplémentaire, par contre. On essaye de s'arranger comme ça entre nous autres, quand ça ne nous adonne vraiment pas. » - Participante 4

« Un Noël, ils (les gestionnaires) passaient dans le département pour trouver quelqu'un, personne ne voulait rester [...]. Et ils m'ont dit: “ C'est ton tour ce soir, il faut que tu restes ”. Je me suis mise à pleurer, mon mari était aux soins intensifs. La fille m'a dit: “ On n'a pas le choix, parce que sinon ça ne serait pas juste pour les autres ”. Je voulais mourir, mais finalement une autre infirmière avec qui j'étais très amie a dit: “ Je vais la faire sa garde moi, je vais rester à sa place.” Elle m'a dit: “ Non, tu peux pas rester. ” » - Participante 6

Le temps supplémentaire obligatoire engendre des contextes de travail particulièrement pénibles pour toutes les infirmières, non seulement pour celles qui y sont forcées, mais aussi pour celles qui voient leurs collègues affectées par ces mesures. En effet, des infirmières se porteront parfois volontaires parce qu'elles se sentiront mal que l'une de leurs collègues y soit obligée. Ainsi, il arrive que le TSO crée plutôt une obligation de disponibilité implicite pour les autres membres de l'équipe qui voudront éviter cette pénibilité à leur collègue ou amie.

En somme, les demandes pour les heures supplémentaires peuvent engendrer une obligation de disponibilité implicite pour les infirmières même si ces situations ne remettent presque jamais la notion du temps de travail en question. En effet, il demeure que ces demandes par les gestionnaires, qu'elles soient faites par téléphone ou directement sur les lieux de travail, imposent une contrainte invisible et un poids sur les infirmières. Parce qu'elles voudront être solidaires avec leurs collègues, ou parce qu'elles se sentiront coupables de les laisser avec une

charge de travail insoutenable, plusieurs infirmières accepteront finalement d'être disponibles même sans y être explicitement obligées. D'ailleurs, lorsque les heures supplémentaires sont obligatoires pour une infirmière, l'effet de contrainte pourra être le même pour ses collègues, qui par des ententes entre elles trouveront le moyen de minimiser les souffrances associées au TSO.

Finalement, notre analyse a permis de démontrer que de manière générale une obligation de disponibilité implicite peut se présenter lorsque les infirmières sont censées être en période de pauses-repas, lorsqu'elles effectuent la rotation des quarts de travail si cela s'applique à leur milieu de travail et enfin par les demandes relatives aux heures supplémentaires. La période de pause-repas est sensible à l'obligation de disponibilité face à la surcharge de travail notamment pour les infirmières dont le contexte de travail est particulièrement intense, mais aussi parfois face à une quasi-impossibilité de quitter les lieux de travail. Le moment de chevauchement entre les quarts est une période charnière, dans les milieux où les services sont dispensés en continu, où le temps pour l'échange d'informations précieuses est compté, mais puisque celui-ci est trop court, il oblige les infirmières à rester disponibles. Enfin, les demandes relatives aux heures supplémentaires peuvent être particulièrement contraignantes alors qu'elles ont lieu dans un contexte d'importante pénurie de personnel et qu'elles font reposer entre les mains des infirmières la continuité des soins.

Nos résultats font également ressortir d'autres manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité. Nous les verrons dans le prochain point consacré aux phénomènes non anticipés.

C. Les phénomènes non anticipés

Dans cette section du chapitre, nous présenterons les phénomènes du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité, que nous n'avions pas intégrés dans notre modèle, et qui répondent aux questions de recherches formulées quant aux types d'invisibilité du travail et à ses causes. Ceux-ci portent sur la formation continue (i), le fait d'arriver en avance (ii) et l'interaction entre l'identité professionnelle et les défaillances de l'organisation du travail (iii).

i. La formation continue

Nos résultats indiquent que la formation continue constitue une manifestation non anticipée de l'invisibilité du travail. En effet, de manière générale, l'employeur ou l'Ordre professionnel exigent des infirmières qu'elles suivent un certain nombre d'heures de formation. Toutefois, le temps nécessaire à celle-ci n'est pas toujours reconnu par l'employeur, obligeant alors les infirmières à effectuer ces formations en dehors de leur temps de travail. De plus, l'absence de temps alloué pour la recherche et la consultation d'informations pourtant nécessaires au travail des infirmières, par exemple, lorsqu'elles se retrouvent devant une pathologie peu connue, en force certaines à effectuer ce travail sans rémunération.

En effet, des infirmières rapportent n'avoir aucun moment pour effectuer de la recherche durant leur quart de travail, ce qui est pourtant essentiel afin de leur permettaient d'assurer la qualité des soins:

« Je trouve qu'il manque terriblement de formations en cours d'emploi. Il faut toujours que l'on aille nous même les chercher, mais des fois on est limité dans le temps et dans notre capacité à aller chercher les informations nécessaires. » - Participante 1

Pour une seconde infirmière, entrée depuis peu dans le métier, l'absence de temps accordé pour mettre à jour ses connaissances semble incompatible avec les compétences requises par le travail, mais aussi avec la mission des services de soins:

« En tant qu'infirmière, il faut toujours vouloir faire plus, toujours être curieuse de nature, toujours vouloir apprendre. Si on a un patient qui a une maladie rare, c'est à nous d'aller faire la recherche, il faut aller chercher notre information. [...] Cette recherche-là, on devrait avoir le temps sur notre temps de travail si on veut donner un soin optimum de qualité. Malheureusement on n'a pas le temps. Donc, on demande à une telle connais-tu ci, connais-tu ça... C'est un peu tout croche [...] Et puis, souvent on a de petites formations à faire, par exemple sur l'aide médicale à mourir ou autres choses, qu'il faut faire sur nos quarts de travail. Sinon, il y a certaines auxquelles on a accès de la maison, mais on n'est pas rémunéré pour ça. Donc moi souvent je vais les faire de la maison, mais c'est du temps de bénévolat. » - Participante 3

En plus de manquer de temps pour s'informer sur les cas sur lesquels elle est amenée à intervenir, cette infirmière soulève le problème d'effectuer des formations pendant les heures de travail. En effet, plusieurs infirmières ont également mentionné cette obligation requise par l'employeur ou par l'Ordre professionnel, mais sans qu'aucun temps ne soit alloué ni sur les heures de travail ni en dehors de celles-ci pour effectuer ces formations. Les infirmières se retrouvent alors avec deux choix: celui de faire ces formations à la maison sur leur temps personnel, ou encore de refuser cette option, et ainsi ne pas être en mesure de respecter les exigences professionnelles. Une infirmière ayant choisi cette deuxième option explique sa décision:

« Maintenant, l'Ordre des infirmières a rendu obligatoire des formations. Il faut être à jour puisqu'ils peuvent te demander à n'importe quel moment des preuves et tout. Donc tu dois garder en dossier tes heures. Mais avant ce n'était pas obligatoire. Il y avait de la formation, mais c'est toi-même qui avais la responsabilité de te garder à jour. Sauf que quand tu travailles tu n'as pas le temps de faire ça, donc quand est-ce qu'on est supposé faire ça ? Certaines le font sur l'heure du dîner si elles ont le temps, ou à leur pause, ou chez elles. Tu n'es pas payé pour ça. Donc j'ai décidé de boycotter ça. Je suis capable le plus possible de me maintenir à jour, j'essaie de lire un peu sur différents sujets quand j'ai le temps, mais je ne fais rien chez moi. Je ne suis pas payée pour ça. Des fois, ils donnent des supers belles journées de formations, mais c'est en dehors de tes heures, de tes journées de travail, ils ne vont pas te libérer pour ça. Tu peux y aller, c'est ouvert, mais tu ne seras pas payée. » - Participante 6

Pour cette infirmière, son choix de ne pas participer aux formations malgré les obligations émises par son Ordre professionnel et par son employeur s'explique par son refus d'effectuer du travail à l'extérieur de ses heures de travail ou encore de se déplacer durant ses jours de congé sans être payée pour ceci. Une autre infirmière témoigne d'une situation similaire dans son milieu de travail :

« Un jour, il y a eu une formation qui s'appelait *Focus Aînés: l'approche adaptée à la personne âgée*. Cette formation était payée 11 heures et tu l'as faisais normalement chez toi. Comme, j'étais en congé de maternité pendant cette période, je l'ai fait au travail quand je suis revenue parce que c'était principalement ma clientèle. Mais cette formation prenait environ 20 heures à faire, et non 11 heures. Donc même si c'était super intéressant et que c'était une belle formation, il y a plusieurs infirmières que je connais qui ne l'ont pas faite. Même si elle était obligatoire parce que c'était trop, à un moment donné [...] Les formations ce n'est pas que ça ne soit pas intéressant, ce n'est pas que ça ne peut pas te faire grandir, mais des fois il faut faire un choix et malheureusement ce

choix-là est fait par la plupart des infirmières, et c'est les patients qui payent. » - Participante 10

Ainsi, selon cette participante, plusieurs infirmières auraient refusé d'effectuer ces formations sous-payées par l'employeur. De plus, cette infirmière ajoute que la plupart de ses collègues accepteraient sans doute plus facilement si du temps leur était réservé lorsqu'elles sont au travail afin d'éviter qu'elles doivent faire la formation seule et à la maison.

Ainsi, à propos d'une autre formation obligée par l'employeur, elle ajoute:

« Elles m'ont dit: “ Moi, si tu m'avais mis deux jours de formation payés, je l'aurais fait, ça aurait été correct. Ça aurait été peut-être une semaine ou deux semaines plus difficiles, mais au moins je suis au travail, je prends 8 heures pour faire la formation dans un environnement où je suis assise, je ne suis pas dérangée par le chien, le chum ou le bébé. Puis, je suis avec mes collègues de travail, qui sont souvent tes amies. ” Je me suis fait répondre ça par plusieurs infirmières. Mais quand on en parle aux cadres ce n'est pas la même affaire, c'est: “ C'était payée, c'était obligatoire, c'est les patients qui payent. ” Ils mettent un peu de la pression. » - Participante 10

Cependant, toutes les infirmières rencontrées n'ont pas exprimé de tels mécontentements à effectuer certaines formations ou recherches sur leur temps personnel. C'est le cas de cette jeune infirmière pour qui faire de la formation ou des recherches concernant le travail à la maison ne présente pas autant d'inconvénients:

« Les seules fois où je dois faire du travail à la maison, c'est concernant la formation. On a beaucoup de formations. Au début, je faisais aussi quelques recherches pour avoir plus de connaissances. Quand j'ai commencé, c'est sûr que tu as beaucoup de nouveaux cas, des opérations que tu n'as jamais vues, etc. Ça appartient à chacun, moi j'ai envie de savoir, probablement qu'il y en a qui ne le font pas. » - Participante 9

Enfin, une seule infirmière a mentionné n'avoir jamais eu à faire de formations à la maison puisque l'employeur réservait des périodes rémunérées avant les quarts de travail pour celles-ci:

« Souvent, par exemple, ils nous rajoutent des formations avant le quart de travail donc dans ces cas-là, c'est même payé en temps supplémentaire. » - Participante 4

En somme, nos résultats montrent la présence d'une manifestation non anticipée alors que le temps nécessaire pour effectuer les formations professionnelles exigées n'est pas systématiquement reconnu ou rémunéré. En effet, plusieurs infirmières ont affirmé expérimenter cette situation dans leur milieu de travail. Certaines préfèrent alors suivre autant que possible les formations exigées sur leur temps personnel au travail (pendant la pause-repas) ou à la maison. Or, les infirmières ont affirmé avoir besoin non seulement de ces formations pour mettre à jour leurs compétences, mais aussi de temps pendant leurs quarts de travail afin d'effectuer de la recherche et d'approfondir leurs connaissances surtout lorsqu'elles se retrouvent face à des cas rares. Toutefois, il ne semble pas que ce temps leur soit actuellement alloué durant leur temps de travail. Ainsi, certaines infirmières consentent à faire ce travail sur leurs temps personnels.

Dans le prochain point, nous verrons une seconde manifestation non anticipée qui permet de mettre au jour une autre forme d'invisibilité du travail.

ii. Le fait d'arriver en avance

Nos résultats nous ont montré que le fait d'arriver à l'avance correspond à une manifestation non anticipée de l'invisibilité du travail. En effet, certaines infirmières, souvent les moins expérimentées d'entre elles, ont pris l'habitude d'arriver plus tôt sur les lieux de travail afin de pouvoir prendre un peu d'avance relativement à la charge de travail qui leur sera attribuée lors du transfert des dossiers. En effet, cette période de rotation entre les infirmières en étant organisée comme elle l'est présentement force les infirmières à recueillir une quantité impressionnante d'informations en un laps de temps très court. Celles pour qui l'entrée dans le métier est somme toute récente se sentent alors vite dépassées et préfèrent arriver plus tôt ce qui leur permet de faire une chose à la fois, contrairement à ce que l'organisation prévoit:

« Souvent, j'aime ça regarder ma charge de travail, ma distribution de patients et aller voir les laboratoires parce qu'il y a trop de choses à vérifier en même temps. [...] donc s'il y a des choses particulières à relever je le fais à ce moment. J'essaye aussi si j'ai le même patient de commencer mon plan de travail, parce que c'est un marathon du début jusqu'à la fin de notre quart. » - Participante 3

« Moi, parce que je ne suis pas expérimentée, mais ça personne ne me le demande, c'est pour mon confort et ma conscience, mais j'arrive souvent disons, que je commence à 7 h 45, alors je vais arriver à 7 h 30 sur l'étage. Pour faire une première collecte des données, parce que c'est mon souci de travail, et j'en connais plusieurs qui font ça aussi. Je ne veux pas manquer de temps... » - Participante 2

« En fait, on arrive souvent plus tôt pour prendre nos ordres, pour avoir le temps, parce que c'est difficile d'écouter le rapport et de prendre nos ordres en même temps. Alors, je prenais mes ordres avant d'avoir le rapport, mais on doit aussi partir plus tard, donc au final on reste quasiment une heure de plus sur le département et ça c'est... déjà qu'on se donne corps et âmes, quand on a fini on veut partir. C'est correct de rester le temps que les infirmières de soir arrivent, et qu'elles prennent leurs ordres, sauf que c'est tout le temps plus, moi je sais que j'arrivais déjà entre 20 et 25 minutes à l'avance. » - Participante 10

Les témoignages des participantes permettent d'illustrer que le fait d'arriver en avance est une habitude qui semble répandue chez les infirmières. Elle constitue donc une manifestation claire d'une invisibilité du travail des infirmières, car elle n'est pas une période reconnue dans le temps de travail bien qu'elle semble répandue dans le secteur.

Enfin, nos résultats illustrent également une dernière manifestation non anticipée engendrée par l'interaction entre l'identité professionnelle des infirmières et les défaillances de l'organisation du travail, que nous détaillerons dans le prochain point.

iii. L'interaction entre l'identité professionnelle et les défaillances de l'organisation du travail

Ainsi, un troisième phénomène a été dévoilé par nos résultats de recherche alors qu'il n'avait pas été anticipé. Cependant, celui-ci permet de répondre à nos questions de recherche. Il s'agit de l'interaction entre l'identité professionnelle des infirmières et les défaillances organisationnelles. En effet, selon les témoignages recueillis, nous constatons que l'organisation du travail dans le secteur de la santé présente d'importantes défaillances, qui ont pour effets de faire porter aux infirmières le fardeau de celles-ci, puisqu'elles sont obligées de les compenser en se mettant disponibles hors de leurs heures de travail rémunérées. En effet, l'organisation du travail en étant conçu sur un modèle du juste à temps (*just in time*) pose une

pression énorme sur le temps de travail des infirmières, qui devront alors trouver, elles-mêmes, le moyen de terminer les tâches qu'elles n'auront pas pu faire.

Nos résultats identifient plusieurs séquences de travail non rémunérées effectuées par les infirmières en dehors de leur temps de travail conventionnel. En outre, il semble que la quantité de travail à exécuter et la nature de celui-ci inciteront les professionnelles à quitter plus tard ou à dépasser leur temps de travail. De plus, certaines justifient ce travail gratuit accompli sous une obligation de disponibilité implicite comme étant dicté par les normes professionnelles. À cet effet, elles envisagent que les dépassements temporels soient tout à fait normaux, car ils feraient partie de leur rôle professionnel. À cet égard, nous constatons plutôt que l'identité professionnelle entre ici en interaction avec les défaillances de l'organisation de manière à engendrer une invisibilité du travail accompli par les infirmières.

Ainsi, plusieurs infirmières sont obligées de rester au travail alors même que leur quart de travail est terminé parce qu'elles n'ont pas eu le temps de compléter l'ensemble de leurs documents. En effet, il arrive que le temps nécessaire à la transmission des dossiers ne soit tout simplement pas suffisant, ou encore que des situations particulières avec un patient surviennent de manière imprévue:

« Plusieurs filles m'ont dit, et elles ça fait longtemps qu'elles sont là, que si tu dépassais ton temps tu n'étais pas payé. Mais légalement, tu ne peux pas partir sans avoir fini de remplir tes dossiers [...]. Alors, le temps on le prend où ? Je ne le sais pas. » - Participante 2

« Quand on débute dans le métier, je dirais qu'on en voit beaucoup qui ont de la difficulté à rentrer dans les temps, elles restent souvent un peu plus pour essayer de finir leurs notes. Avec le temps, j'en vois encore qui sont infirmières depuis des années et qui restent toujours plus tard. Mais avec un peu d'organisation, c'est quand même possible de rentrer dans notre temps. Ça se peut qu'on dépasse un peu, souvent le temps de donner le rapport parce que, par exemple, la fille du quart de travail d'après arrive un peu limite ou en retard, mais en général c'est rare. » - Participante 4

Ainsi, plusieurs problématiques organisationnelles semblent faire en sorte d'obliger les infirmières à augmenter leur disponibilité temporelle parce qu'elles n'arrivent tout simplement pas à effectuer leur travail dans le temps alloué. De plus, la nature de leur travail ne leur

permet pas de quitter et de poursuivre le lendemain ce qui n'aura pas pu être fait la veille. En effet, les patients, les papiers administratifs, le transfert des dossiers ne peuvent pas attendre à plus tard. À cet effet, l'organisation du travail pose une pression énorme sur le temps de travail:

« Je dois toujours avoir fini ma journée, je ne peux pas le remettre au lendemain, puisque je suis formée à plusieurs endroits, ils (les gestionnaires) peuvent me déplacer n'importe quand. Je ne sais jamais si je vais retourner sur ma chaise le lendemain. Dans ce temps-là, j'aime mieux compléter mes choses, et après m'en aller chez moi. » - Participante 1

« Oui je fais du temps supplémentaire, mais qui n'est pas rémunéré. Parce que le seul moment où nous pouvons être rémunérées, avec l'accord de l'assistante-chef, c'est pour l'heure de pause-repas, parce qu'il arrive qu'on n'ait pas le temps de manger du tout, donc cette pause là on peut la comptabiliser en temps supplémentaire. Mais même s'il arrive des situations, par exemple que l'on soit obligée d'appeler l'EIR, équipe d'intervention rapide, quand la vie d'un patient est en danger, souvent on n'a pas le choix de rester là avec l'équipe en plus de continuer à s'occuper de nos autres patients. Dans ce temps-là toute la documentation, toute la paperasse à remplir nous mettent en retard. Des fois, on dépasse d'une heure ou de deux notre quart de travail, mais ça, non, ce n'est pas rémunéré. Il y en a qui sont plus fines que moi, pour elles c'est la continuité des soins, elles laissent tout et s'en vont, mais moi je ne me sens pas encore prête. » »
- Participante 3

Cette dernière participante affirme ne pas se sentir capable de quitter sans avoir terminé son travail. Ce sentiment revient par ailleurs chez plusieurs participantes. En effet, les infirmières justifieraient souvent le travail accompli en dehors du temps de travail comme une norme professionnelle. Elles considèrent souvent comme leur rôle professionnel de faire ainsi, certaines envisageant même les dépassements quotidiens comme normaux. À cet effet, une participante affirmait qu'elle ne penserait probablement pas à réclamer une rémunération pour un débordement de travail s'il était inférieur à trente minutes, surtout qu'elle croit parfois en être responsable:

« Si c'était plus d'une demi-heure, peut-être que je le demanderais, surtout si j'ai le sentiment que j'ai vraiment été dans le *rush*, mais des fois aussi tu le sais que tu es en retard un peu à cause de toi [...]. Disons, tu le sais que tu as pris un peu plus de temps pour faire telle affaire, moi je ne suis pas trop regardante là-dessus. » - Participante 9

Selon une autre infirmière, les débordements seraient tout à fait justifiables, puisqu'ils sont une manière d'être professionnelle dans son travail:

« Habituellement ce n'est pas les gens qui le demandent, c'est notre travail, ce que l'on fait, c'est nous qui décidons ce n'est pas les autres, alors c'est plus acceptable quand c'est nous qui s'obligeons à en faire. Mais ça c'est agir en professionnel, tu te dis là je ne peux pas quitter. » - Participante 8

Enfin, le discours de certaines participantes révèle également une certaine norme autour de ces comportements alors qu'ils seraient fréquents:

« Ça dépend dans quel département, j'en ai fait quand même plusieurs déjà. Il y en a que oui, il y en a d'autre que non, pour qui c'est vraiment à la minute près: “ Je suis payé à partir de 45, alors je vais arriver à 45 ”. Ce qui est correct aussi, mais on en voit quand même beaucoup qui sont un peu d'avance, juste pour être certaines de ne pas prendre de retard. » - Participante 4

En conclusion, nos résultats montrent clairement que les défaillances organisationnelles couplées avec des comportements dictés par une norme professionnelle de disponibilité facilitent l'apparition d'un travail invisible. En effet, les pressions qui sont mises sur le temps de travail des infirmières leur permettent difficilement de compléter toutes leurs tâches durant le temps de travail. Qui plus est, la nature de leur travail rend bien souvent impossible les départs à l'heure prévue, parce que les infirmières ne peuvent pas quitter aussi facilement leurs fonctions. Ainsi, il semble que l'identité professionnelle vienne ici soutenir l'adoption de comportements de dépassements par les infirmières nécessaires pour compenser les problématiques engendrées par l'organisation du travail.

Après cette première partie de notre chapitre d'analyse qui a été consacrée aux manifestations du travail gratuit, puis de l'obligation de disponibilité implicite, nous poursuivons dans une deuxième partie, par l'analyse de nos propositions de recherche.

II. Les effets de l'identité professionnelle sur l'invisibilité du travail

Cette section sera consacrée au deuxième objectif de notre recherche, soit l'analyse de nos propositions de recherche. Pour ce faire, nous débuterons par une analyse de l'identité professionnelle afin d'en définir les dimensions (A). Puis, nous poursuivrons avec l'analyse de

nos propositions de recherche en débutant par les effets de l'identité professionnelle sur les manifestations du travail gratuit (B) et en terminant par les effets de l'identité professionnelle sur les manifestations de l'obligation de disponibilité (C).

A. Les dimensions de l'identité professionnelle

Afin de répondre à nos propositions de recherche, qui cherchent à déterminer les effets de l'identité professionnelle sur chacune de nos variables dépendantes, il est nécessaire dans un premier temps d'apprécier les dimensions de cette identité chez les infirmières. Il s'agit alors de considérer: l'identité individuelle (i), le collectif professionnel (ii), le code de déontologie (iii), l'éthique professionnelle (iv), les manifestations du *care* (v) et finalement celui du travail émotionnel (vi). Pour ce faire, certains indicateurs associés à ces différentes dimensions contenues dans l'identité professionnelle ont été évalués. Nous verrons maintenant les résultats portant sur chacun de ces indicateurs relatifs à nos dimensions de l'identité professionnelle.

i. L'identité individuelle

Dans cette dimension, nous cherchons à comprendre les facteurs individuels qui modulent l'identité professionnelle, tels que les motivations (a) et la perception du sentiment de réalisation de soi (b). Ceux-ci permettent de mieux saisir de quelles manières les infirmières envisagent leur carrière ou leur profession, et si elles s'y sentent accomplies ou socialement reconnues.

a) Les motivations

Les résultats quant aux motivations des infirmières à l'exercice de leur profession permettent d'illustrer les raisons initiales de leur choix professionnel, mais aussi de percevoir la manière dont elles envisagent ce métier. Ainsi, nous retrouvons principalement deux types de discours au sein des réponses des participantes. D'une part, il y aurait chez certaines infirmières ce désir d'aider leur prochain qui justifierait alors le choix du métier. D'autre part, il y aurait chez

d'autres une prédisposition dans les traits de personnalité, qui justifierait le choix de s'engager dans cette profession.

Ainsi, plusieurs infirmières ont soulevé leur désir d'aider à travers l'exercice de leur profession. Pour certaines, le choix de pratiquer le métier d'infirmière a avant tout été motivé par cet élément. En effet, elles expliquent que par leur rôle elles peuvent entrer en contact avec des personnes malades ou socialement démunies. Chez ces infirmières, le métier semble plutôt une voie d'accès leur permettant de combler ce besoin:

« Je sais que ma mission moi c'est d'être là pour des gens qui sont plus vulnérables, et j'ai toujours vu mon rôle plus là-dedans. [...] C'est tellement un travail qui est concret, on rencontre les gens dans de grandes périodes de vulnérabilité et puis c'est toute l'approche qui est intéressante. [...] Moi, je n'ai jamais été l'infirmière qui était très bonne technicienne, je me débrouillais, mais ça ne m'a jamais fait tripper, je n'avais pas beaucoup de faciliter, mais bon je le faisais. Mais ce qui m'intéresse vraiment c'est plus l'accompagnement, l'enseignement au patient, la prise en charge » - Participante 5

L'aspect technique du travail prend alors peu de place au sein des motivations. En effet, au-delà de la pratique physique des soins, il s'agit vraiment de pouvoir offrir une aide, quelle qu'elle soit, comme l'affirme cette jeune infirmière:

« Je voulais vraiment traiter les gens, les personnes malades moi ça me touche, celles avec des problèmes sociaux, c'est trop triste. Tu veux pouvoir les aider, donc c'était surtout à la base pour aider les gens. Je ne savais pas dans quelle discipline, plutôt travail social, ou vraiment traiter des maladies. Je ne savais pas comment exactement, mais je voulais aider le monde [...] Dans nos albums de finissants, on doit dire ce que l'on veut faire, moi je disais sauver le monde. C'est un peu ma manière de sauver le monde. » - Participante 7

Ainsi, la profession d'infirmière devient le moyen pour pouvoir aider son prochain. Ces infirmières souhaitent soulager une souffrance qui va parfois même au-delà du physique. À cet effet, une jeune infirmière évoque son désenchantement par rapport à sa capacité d'action, qu'elle perçoit finalement trop limitée:

« C'est sûr qu'à la base, je pense que tout le monde entre dans le métier pour aider. Mais plus tu es là et plus tu te rends compte que tu ne peux pas aider tout le monde. Tu t'aperçois que oui tu fais partie d'un processus de guérison, de soins, mais si la personne ne veut pas s'aider, il y a des limites, tu as bien beau tout faire, mais ça ne guérit pas. » - Participante 9

Ce choc l'amènera par ailleurs à redéfinir ses motivations d'exercice de son métier pour des raisons externes aux patients ou aux soins, telles que les possibilités géographiques qu'offre son travail ou la diversité des milieux de pratique. Cependant, il demeure que plusieurs infirmières choisissent avant tout leur métier pour aider ces personnes en position de vulnérabilité. Elles croient par ailleurs que la profession d'infirmière est tout particulièrement la voie de passage pour cela par la proximité du contact humain que celle-ci permet.

Également, quelques infirmières ont plutôt justifié leurs motivations à l'exercice de leur métier parce qu'elles considèrent être faites pour ce travail. En effet, elles ne s'imaginent dans aucun autre métier. Certaines évoquent même que celui-ci est pour elles une passion ou une vocation. Ainsi, une infirmière s'étant réorientée de carrière tardivement affirme:

« C'est parce que c'est comme ma personnalité. On dirait que j'étais faite pour ça. Complètement. » - Participante 3

Une plus jeune infirmière, ayant également choisi de réorienter son parcours après avoir été longuement en contact avec des infirmières, confie:

« Quand je voyais les infirmières soigner ma mère, je me disais que ce métier permettait d'englober tous les rôles de la relation humaine et du don de soi. Donc, moi c'est pour ça que je suis allée là-dedans, et ça me colle vraiment. Dès que j'ai su que je voulais être infirmière, j'ai réalisé que ça collait totalement à qui je suis. » - Participante 10

Dans leur discours respectif, on y perçoit l'idée qu'il est dans leur nature d'être infirmière. Ainsi, elles ne feraient qu'un avec leur métier. Leur identité individuelle paraît donc ici en quelque sorte jumelée à leur profession. À cet effet, une infirmière avance que selon elle il existerait une certaine prédisposition pour être infirmière:

« On s'entend beaucoup avec des collègues pour dire que oui c'est un travail, mais on est plusieurs à penser que c'est aussi une passion et une vocation, parce que ce n'est pas un travail que tout le monde pourrait faire, je veux dire c'est pas tout le monde que l'on voit là-dedans, comme dans tous les métiers, c'est normal. » - Participante 4

Ces infirmières envisagent alors que tout le monde ne puisse pas exercer leur métier et qu'ainsi il faudrait posséder une personnalité distincte pour être infirmière. De plus, la référence à la passion ou à la vocation par certaines participantes pour parler de leurs motivations indique un engagement vif dans la profession.

En somme, les résultats quant aux motivations des infirmières à l'exercice de leur profession révèlent que certaines infirmières s'identifient à ce métier comme s'il faisait partie de leur personnalité, alors que pour d'autres il est un moyen de combler un profond désir d'aider. Les motivations permettent surtout de mettre en lumière la perception que jettent les infirmières sur leur profession et du rôle qu'elles aspirent à y jouer.

Dans la section suivante, nous poursuivrons notre analyse de l'identité personnelle au travers du sentiment de réalisation de soi des infirmières.

b) Le sentiment de réalisation de soi

L'appréciation que les infirmières feront de leur sentiment de réalisation au travail nous permet d'apprécier si celles-ci perçoivent ou non une reconnaissance au travail. À cet effet, cette perception aura une influence sur l'identité individuelle, puisque cette dernière se construit notamment par un sentiment positif de réalisation de soi au travail. Nos résultats montrent qu'en majorité les infirmières affirment se sentir réalisées dans leur travail, et ce pour diverses raisons.

En premier lieu, le métier d'infirmière permet un contact direct avec des personnes en situation souvent de vulnérabilité. Si les infirmières souhaitent aider leurs patients à aller mieux, elles trouvent aussi là-dedans un sentiment de réalisation du fait de se sentir utiles pour une autre personne:

« Moi c'est les patients, c'est d'aller voir mes patients, de leur rendre service, et de voir que ça porte fruit ce que je fais mes implications et tout ça. J'arrive avec des résultats positifs, je les soulage ou peu importe ce que j'ai à faire, mais qu'il y ait des résultats positifs pour eux. [...] La profession d'infirmière c'est vraiment une belle profession, c'est valorisant, il n'y a pas beaucoup de professions où l'on puisse être autant valorisée et avoir un contact aussi direct. » - Participante 1

« Je suis fière, je quitte le soir et je suis contente, j'arrive le matin et je suis contente de contribuer au bien-être de quelqu'un. Je trouve ça super gratifiant. Je trouve que c'est important de me sentir utile, et je réussis à me sentir utile comme ça. » - Participante 2

« Oui, pour moi ce que je préfère, c'est vraiment la relation avec les patients. Quand tu en vois un qui a passé par une énorme chirurgie, il avait une trachéo., il ne pouvait plus parler. Et maintenant, tu le vois debout en train de parler, et il mange, dans ce temps-là, tu te dis que juste pour ça, si c'est ça mon travail, que j'ai participé à ça, alors ça sera une personne qui s'en sera sortie. » - Participante 9

Pour cette dernière infirmière, sa participation au processus de guérison lui permet de voir toute l'utilité de son travail ce qui l'amène à se sentir réalisée. Également, pour d'autres infirmières c'est en faisant des patients leurs priorités qu'elles arrivent à se réaliser sans doute parce qu'elles ont le sentiment d'être importantes pour ceux-ci:

« C'est sûr qu'il faut prendre nos pauses et tout ça, mais il y en a que les pauses vont passer avant les patients. On est quelques-unes pour qui c'est le contraire... est-ce que nos patients sont bien, est-ce que tous leurs besoins sont répondus? On dirait que c'est seulement après qu'on se sent bien d'aller en pause, c'est vraiment le patient qui passe avant » - Participante 4

En outre, les commentaires positifs des patients sont également la confirmation pour les infirmières d'une reconnaissance de leur travail:

« On rencontre des patients, alors on les aide. Ils nous le disent très régulièrement " une chance que vous êtes là ", qu'est-ce qu'on pourrait demander de plus ! » - Participante 8

En deuxième lieu, d'autres infirmières ont ajouté l'importance pour elles de sentir que leur travail était reconnu par leurs pairs ou leurs supérieurs. Ainsi, une infirmière travaillant en collaboration avec d'autres professionnels de la santé affirmait que leur opinion sur son travail lui importait grandement, et ce afin qu'elle puisse se confirmer à elle-même être à la bonne place:

« Dans un travail d'équipe, si tu as fait un bon coup, je vais te le dire, mais j'aime aussi ça me le faire dire. J'aime aussi me faire dire ce que je peux améliorer. Souvent, je vais consulter mes collègues ergothérapeutes ou physiothérapeutes pour savoir si la référence que je leur ai faite était bonne. Dans ce temps-là, ça me permet de me réaliser, de savoir que je suis à la bonne place et que je fais la bonne chose. » - Participante 10

Au travers de leurs commentaires, cette infirmière peut confirmer ce qu'elle croit être, c'est-à-dire une bonne infirmière. Une infirmière ayant reçu un prix de ses pairs pour sa carrière

professionnelle affirme que cette démonstration constitua pour elle une importante reconnaissance de son travail:

« Je viens de recevoir une super belle reconnaissance, j'ai été désignée par mon Ordre régional pour le prix de distinction professionnelle pour l'ensemble de ma carrière. » - Participante 5

En troisième lieu, certaines composantes propres au travail peuvent aussi permettre aux infirmières de se réaliser. Ainsi, l'autonomie au travail, la possibilité de transférer ses connaissances, le fait de faire du temps supplémentaire, sont divers éléments qui leur permettraient de se valoriser. En effet, la participante citée précédemment affirme par exemple que la latitude décisionnelle dont elle dispose actuellement dans son travail contribue pour elle à son sentiment de réalisation, alors qu'il n'en a pas toujours été ainsi:

« Mais là, je pense que c'est assez le fun, parce que j'ai changé cinq fois de patronne dans les cinq dernières années, donc j'ai eu la paix. Il n'y a eu personne pour me dire quoi faire. Je suis allée aussi loin que j'ai pu et ça m'a donné des ailes, pour peut-être la première fois dans ma carrière. » - Participante 5

Ainsi, le fait de disposer d'une grande liberté, de pouvoir prendre les décisions qu'elle croit opportunes alors qu'elle est en fin de carrière lui permet de se sentir plus épanouie que par le passé et donc davantage réalisée. Pour une jeune infirmière, la possibilité d'appliquer ses connaissances à l'extérieur de son milieu de travail lui permet de voir son métier comme d'autant plus utile lui procurant un sentiment de valorisation:

« Je trouve que c'est valorisant des fois de pouvoir faire la promotion de la santé dans notre entourage, et de se dire que oui c'est un travail à l'hôpital, mais qu'on le fait aussi au quotidien avec plein de gens que l'on rencontre. » - Participante 4

De plus, pour une autre infirmière, le grand nombre d'heures en temps supplémentaire qu'elle effectue régulièrement lui apporterait une certaine valorisation:

« Tout à l'heure, je te disais que je le fais (le temps supplémentaire) pour l'argent à la base, mais peut-être aussi qu'inconscient en faire autant ça me valorise. Je suis comme ça à la base plus j'en fais et plus je suis fière de moi. Mais on dirait que quand les gens me disent “ ah t'en fais beaucoup ”, ça me valorise. Je ne pense pas que tu te sentes forcément plus apprécié par ton employeur, mais tu sens que l'employeur se dit “ elle, elle est capable. ” » - Participante 9

En outre, elle ne sous-entend pas que ce regard lui permette de valider la qualité de son travail, mais qu'il lui permet néanmoins d'obtenir une certaine reconnaissance sociale dans son milieu de travail.

Toutefois, quelques infirmières ont tout de même émis ne pas se sentir toujours pleinement réalisées dans leur travail. Elles attribuent ce fait aux pénibles conditions de travail qui affectent présentement le milieu de la santé au Québec. Selon elles, ces conditions nuiraient grandement à la qualité du travail et notamment au temps qu'elles ne peuvent plus passer auprès de leurs patients. Leur laissant dès lors l'impression de ne pas pouvoir accomplir leur rôle pleinement et correctement :

« Je te dirais qu'avant oui, mais depuis qu'il y a beaucoup de compressions, qu'il manque de personnel, je me réalise de moins en moins. Des fois, je pars de l'hôpital et je n'ai pas le sentiment du devoir accompli. J'ai plus l'impression qu'on tourne les coins ronds, qu'on a moins de temps de qualité avec les patients. On est tellement bombardé, de tout bord, tout côté, ils nous rajoutent tout le temps des affaires. Avant c'était d'autres personnes qui les faisaient, mais maintenant c'est à nous de le faire, donc c'est du temps que l'on met sur de la paperasse, et que l'on ne met plus sur le patient. Ou, parce qu'il manque du monde, alors tu cours les pattes aux fesses toute la journée. » - Participante 6

« Oui c'est sûr, parce que je ne serais pas restée trente ans là-dedans si je ne me réalisais pas, mais il y a des journées où je me sens pas mal moins réalisée, par contre, parce qu'on a des limites qui sont difficiles. » - Participante 1

« J'ai commencé en hiver, donc il y avait beaucoup de patients, c'était lourd. On était souvent juste une personne pour faire le travail de deux [...]. Donc c'est sûr que dans ces moments-là on n'a pas le sentiment du devoir accompli. » - Participante 10

En somme, nos résultats suggèrent qu'en majorité les infirmières estiment se réaliser dans leur travail, et ce pour diverses raisons. D'abord le contact proximal avec les patients procure un grand effet de valorisation, puisqu'au travers de celui-ci les infirmières y voient directement toute l'utilité de leur travail. Ensuite, le travail en équipe permet un retour par les pairs entraînant une validation des compétences, un sentiment d'être à la bonne place, et surtout une reconnaissance du travail accompli. Enfin, d'autres éléments propres à chaque infirmière peuvent également avoir un impact sur le sentiment de réalisation, mais d'une manière générale ceux-ci étaient tous liés à une perception d'utilité ou de validation par les pairs du

travail effectué. Toutefois, il semble que la pénibilité des conditions de travail puisse avoir un effet inverse sur le sentiment de réalisation au travail, puisque certaines infirmières avouent se sentir moins accomplies lorsqu'elles sont obligées de négliger certaines parties de leur rôle au profit de l'efficience quantitative.

En conclusion, les propos des infirmières sur leurs motivations à exercer leur profession laissent à penser qu'en majorité celles-ci sont fondées sur un besoin d'aider les autres ou sur une conviction personnelle pour ce métier. Par ailleurs, la grande majorité des participantes affirment se sentir réalisées alors qu'elles trouvent dans leur travail avec les patients un grand sentiment d'utilité. De plus, la validation de leur travail par les pairs leur permet de confirmer leur place dans la profession infirmière.

L'identité professionnelle ne se construit pas seulement au sein de l'identité individuelle, mais également au sein d'une identité pour autrui, c'est-à-dire d'une identité collective. Ainsi, les individus entrant dans une profession pourront réagir différemment, soit en acceptant ou en rejetant, cette identité sociale, mais il nous importe avant tout de comprendre la dynamique du collectif professionnel chez les infirmières.

ii. Le collectif professionnel

Afin de mettre en lumière l'effet du collectif sur l'identité professionnelle des infirmières, nous analyserons les différents indicateurs suivants, soit les règles informelles (a), les valeurs professionnelles (b), le sentiment d'utilité (c), le sentiment d'attachement (d) et la solidarité entre collègues (e).

a) Les règles informelles

Les règles informelles font partie d'un discours collectif et encouragent l'adoption de certains comportements par les infirmières afin de maintenir une cohésion entre les membres de cette profession. Ces règles sont donc des normes ou des codes de conduites transmis principalement lors de la formation, des stages ou de l'entrée dans le métier. Ainsi, dans ce

discours rapporté majoritairement par les plus jeunes pratiquantes rencontrées, il semble que celles-ci soient encouragées par les infirmières plus expérimentées à adopter les mœurs de la profession. Par ailleurs, celles-ci sont souvent suggérées sous un rapport de maître-apprenti alors que les infirmières pratiquantes depuis plus longtemps se chargent d'enseigner les façons de faire aux infirmières novices. De plus, certaines participantes ont invoqué que le monde féminin des soins infirmiers pourrait permettre de perpétuer une certaine dynamique au sein du collectif professionnel.

Tout d'abord, selon une jeune infirmière impliquée dans son comité régional, les infirmières stagiaires expérimenteraient une grande difficulté lorsqu'elles débutent leur carrière, celle de leur intégration en emploi. En effet, il existerait de prime abord une certaine réticence chez les infirmières pratiquantes à l'arrivée de nouvelles infirmières :

« Il y a eu un sondage dernièrement et ça a très bien démontré que souvent lorsque l'on rentre comme CP, candidate à l'exercice de la profession infirmière, la majorité des infirmières ne se sentaient pas assez outillées, ou surtout pas assez soutenues. Quand tu arrives, ce n'est pas tous les départements qui t'accueillent à bras ouverts. Il y en a que c'est comme “ bon, va falloir les former, va falloir... ”, c'est un peu une attitude négative des fois. » - Participante 4

Une jeune infirmière confirme cette attitude de résistance par les infirmières pratiquantes, mais également l'impact du milieu féminin sur le rapport que les infirmières entretiennent entre elles:

« Des fois quand on entre dans son milieu de travail en tant que jeune, on peut facilement être influencée par celles qui sont plus vieilles. Il m'arrive de me sentir intimidée, par leurs commentaires. Par exemple, quand elles vont dire: “ nous, on ne fait pas ça de même. ” Toi, tu ne veux pas mal faire, parce que c'est un milieu de femmes, que ça se parle beaucoup, donc des fois c'est un milieu que je ne trouve pas si facile. » - Participante 2

En effet, il semble que la forte concentration de femmes dans la profession puisse avoir un impact sur la dynamique des rapports sociaux entre infirmières, alors qu'elles auraient parfois tendance à régler leurs différends d'une manière indirecte:

« Puis les rapports entre deux infirmières, des fois ce n'est pas toujours respectueux. Elles se parlent sans se respecter ou bien ça se parle dans le dos plutôt que de se le dire en personne, mais l'infirmière elle n'est pas au courant qu'elle a fait une erreur... Ça fait un peu enfantin, mais c'est beaucoup comme ça malheureusement. [...] Moi qui me promène sur différents départements, je ne le

vois pas partout, mais c'est un *modus operandi*, c'est un monde de femmes, ça se dit un peu moins les choses carrées » - Participante 10

Ainsi, ce qu'exprime cette dernière participante démontre surtout la présence d'un code de conduite relatif aux modes de communications entre les infirmières. De plus, cette réalité professionnelle pourrait éventuellement favoriser l'adhésion des infirmières ayant encore peu d'expérience à ce code de conduite, car elles hésiteront à s'y opposer.

Ensuite, selon nos résultats, il existe un certain rapport maître-apprenti entre les infirmières expérimentées et les nouvelles infirmières. En effet, il arriverait que les infirmières étant en service depuis très longtemps entretiennent un certain discours réducteur à l'égard des infirmières apprenties, qui selon les plus âgées travailleraient moins qu'elles-mêmes à leur époque:

« Elles nous disent souvent les vieilles infirmières, “ dans notre temps, on préparait tous les antibiotiques, maintenant ils sont servis préparés par la pharmacie ” ou “ dans notre temps, on avait plus de patients ”, on a envie de leur répondre: “ d'accord, mais aujourd'hui les cas sont rendus vraiment plus lourds par exemple des trachéo. dans tous les hôpitaux en région ce sont des cas de soins intensifs, nous dans une section de 6 patients, on peut en avoir 4, puis il faut remplir le plan des préposés, les plans optima pour les patients âgés de 75 ans et plus, les plans de marche... ”, ça n'arrête pas, je pourrais en nommer plein, faire les échelles de Brandon, faire ceci, faire cela, il faut tout que tu les intègres dans ta routine... » - Participante 9

« Je dirais avec le regard, surtout le regard des autres. On se fait souvent dire par les infirmières, qui ont 20 ou 25 ans d'expérience: “ En tout cas, nous dans notre temps, on travaillait, on travaillait, et les jeunes aujourd'hui travaillent moins ”. On se fait beaucoup dire des choses comme ça et j'avoue que ça me vient me chercher. [...] Oui, par rapport au temps supplémentaire, on dirait qu'elles, elles n'arrêtaient jamais, qu'elles en ont tellement fait plus que nous. Ça arrive à l'occasion qu'on entend ça, et c'est dans ces moments où je ressens peut-être le même sentiment que si on m'obligeait à faire quelque chose. Même si elles ne savent pas que quand j'arrive ici (maison), mon deuxième shift commence avec les enfants, et qu'ensuite c'est mon troisième shift qui commence avec l'université. Donc ce n'est pas grave, on se dit que c'est correct et qu'on va le faire. C'est vrai qu'on le fait, on réussit. » - Participante 10

Ainsi, selon cette dernière participante, ce type de commentaire revendiquant plus d'investissements de la part des jeunes infirmières aurait un effet de pression alors qu'elle se sent finalement obligée d'être davantage disponible pour ne pas donner l'impression d'en faire

moins que les autres. Et elle n'est pas la seule, puisqu'une autre infirmière affirme ressentir une certaine obligation vis-à-vis des comportements des infirmières en charge de son département. En effet, celles-ci ont l'habitude de ne pas prendre leurs pauses, même si elles y ont droit. Ainsi, lorsque des plus jeunes infirmières les remplacent, elles laisseraient souvent sous-entendre que celles-ci devraient faire de même :

« Surtout par les infirmières en charge, elles c'est leur position, elles ne vont jamais à leur pause, elles se disent: " non, j'ai le téléphone ". Mais, tu peux donner ton téléphone à une autre infirmière, si quelqu'un appelle pour dire qu'il y a une urgence, elles sont capables de gérer la situation. [...] Ça c'est un peu fatigant, quand on est en charge, parce que tu as des responsabilités de plus, et tu te fais regarder croche par certaines. Ce n'est même pas mon poste à la base, je fais juste ça pour les aider. D'abord, je ne pense pas que mes supérieurs viendraient me voir, ils ne me payent pas, et de deux ce n'est même pas mon poste, alors pourquoi je ferais ça moi aussi. » - Participante 7

En outre, même si nous constatons que les infirmières exerçant depuis moins longtemps expriment une réticence face aux commentaires des autres infirmières, il demeure que ces derniers semblent récurrents dans les rapports entre ces deux générations de professionnelles. En effet, il semble que par leurs commentaires aux plus jeunes, les infirmières expérimentées tentent de leur transmettre certaines règles professionnelles informelles relatives entre autres à leur disponibilité au travail.

En somme, les règles informelles permettent de mettre en évidence une cohésion face à l'adoption de certains comportements par l'ensemble des infirmières. En effet, ces règles assurent une certaine uniformité au sein de la communauté des infirmières et permettent de préserver une unité au sein du groupe, ainsi que d'assurer par ailleurs son renouvellement sur des bases similaires. À cet effet, nous avons trouvé au cœur du discours des infirmières exerçant depuis longtemps une insistance afin que les infirmières novices se montrent davantage disponibles et qu'elles adoptent des habitudes similaires aux leurs. De plus, il existerait une dynamique dans les rapports des infirmières entre elles liée à la forte présence féminine dans la profession, qui influencerait notamment les modes de communication. Ainsi, ces normes et codes de conduite exposés dans la présente section régissent certaines des règles informelles entre les infirmières.

Nous verrons maintenant le deuxième indicateur du collectif professionnel, soit les valeurs que partagent les infirmières.

b) Les valeurs professionnelles

Les valeurs professionnelles sont un élément important autour duquel s'unissent les infirmières, alors qu'elles guident quotidiennement le travail et les actions des soignantes. En outre, nos résultats montrent que les infirmières sont assez univoques lorsqu'elles abordent les valeurs de leur profession. En effet, celles-ci peuvent être regroupées principalement autour de deux grands thèmes que sont: le respect et l'humanité.

En premier lieu, selon les infirmières, le rapport qu'elles entretiennent avec leur patient se doit d'être respectueux. À cet effet, elles disent donc devoir faire preuve de politesse ou plus simplement de savoir-vivre lorsqu'elles s'entretiennent avec eux:

« Avoir du respect pour les gens, c'est primordial, parce que j'en vois des infirmières, la majorité sont correctes, mais j'en vois qui sont rudes avec les patients, qui sont impolies, c'est inacceptable. Il faut toujours avoir en tête que ce sont des gens qui sont démunis » - Participante 8

« Du savoir-vivre, être polie, le respect, j'applique les mêmes choses au travail, que j'applique dans ma vie de tous les jours. » - Participante 9

Ainsi, la position de vulnérabilité ou de maladie dans laquelle se trouvent les patients lorsqu'ils ont recours aux soins des infirmières doit absolument être gardée en tête par celles-ci. De plus, d'autres participantes ont également mentionné l'importance d'être ouverte d'esprit dans leur métier. En effet, les soins ne doivent ni être connotés d'un jugement personnel ni porter préjudice aux patients. Les infirmières sont donc tenues de traiter tous leurs patients d'une manière équitable et respectueuse, et ce, peu importe les situations particulières ou délicates devant lesquelles il arrive qu'elles se retrouvent:

« Mes sentiments, mes convictions et mes croyances, il faut que je les laisse de côté. Il faut être impartial. Impartiale face à la nationalité, respecter qu'il y a des personnes de différentes cultures, donc on ne peut pas juger les gens. Dans le fond, je suis là pour donner les meilleurs soins possibles, je n'ai pas à embarquer mon jugement personnel dans ça. » - Participante 3

« Pour être infirmières, il faut être vraiment ouverte, parce qu'on voit toute sorte de choses... » - Participante 1

En deuxième lieu, l'humanité apparaît être une valeur professionnelle tout aussi importante pour les infirmières, qui envisagent l'aspect relationnel comme une part fondamentale de leur travail. En effet, celles-ci affirment que leurs gestes, paroles et attitudes doivent être sans cesse empreints d'empathie, de sensibilité et de patience pour leurs patients malades et vulnérables. De plus, certaines ajoutent qu'il est surtout nécessaire d'aimer les personnes pour être infirmière:

« Il faut aimer les gens, si tu n'aimes pas les gens, alors ne vas pas là-dedans. Ça prend aussi beaucoup de patience, parce que les personnes sont malades et elles sont envoyées par-ci par-là, elles ne savent pas trop ce qui leur arrive. » - Participante 2

« Je pense qu'il faut aimer les gens, beaucoup. [...] On ne se trompe pas quand on laisse parler notre cœur et qu'on est sensible aux gens. » - Participante 5

« Il faut se dire que c'est nous qui sommes là pour les aider, parce que sinon ils peuvent attendre dans leur lit pendant longtemps. » - Participante 4

Cependant, il arrive que des infirmières négligent cette valeur professionnelle, ce qui semble alors particulièrement choquant pour certaines participantes:

« Dans notre formation, il y a un volet psychologique au niveau de la psychiatrie. On en parle beaucoup. Mais ça, je trouve qu'il y a beaucoup d'infirmières pour qui c'est négligé. Elles vont faire des soins physiques, mais sans le volet psychologique, il y en a beaucoup qui sont démunies face à ça. Il y a des infirmières qui disent: " moi la relation d'aide ce n'est pas moi ". Ça arrive, mais ça ne devrait pas. » - Participante 3

« Elles (les infirmières qui négligent la relation d'aide), je ne pense pas qu'elles pensent à ça. Elles ont beaucoup de connaissances, tu leur poses des questions et elles connaissent tout. Mais elles n'ont pas le côté humain, et il te le faut aussi ce côté-là. Elles, elles ne pensent pas à ça, elles vont se dire qu'elles connaissent tout, qu'elles font ce qu'il faut pour que les patients survivent. Pour elles, ils ont les meilleurs soins. Donc, je pense que ce sont des visions complètement différentes. » - Participante 7

À cet effet, une autre participante est d'avis que peut-être certaines circonstances comme l'épuisement professionnel pourraient expliquer cette prise de distance par ces infirmières avec une valeur aussi fondamentale pour la profession:

« Oui, il y a des infirmières qui sont à bout, qui ne sont plus capables, mais je pense qu'initialement, elles avaient toute cette base-là d'aidante. » - Participante 10

En somme, selon la majorité des participantes rencontrées, deux valeurs sont particulièrement importantes à la profession, soit le respect et l'humanité. Ainsi, les relations professionnelles que les infirmières entretiennent avec leurs patients devraient avant tout être marquées par le respect. À cet effet, dans leurs interventions, celles-ci doivent faire preuve d'ouverture d'esprit et de non-jugement envers leurs patients. De plus, l'humanité dans les soins serait non-négligeable, selon les infirmières qui voient la relation d'aide comme fondamentale. Celles-ci sont donc d'avis qu'il est nécessaire de faire preuve d'empathie, de sensibilité et de patience lorsqu'elles soignent.

Dans la prochaine section, nous nous intéresserons à la compréhension du sentiment d'utilité qui pourrait se révéler être un indicateur d'une identité collective notamment dans les secteurs du service.

c) Le sentiment d'utilité

Le sentiment d'utilité provient de la relation de service et du contact direct entre les professionnelles et les patients. Alors que ce sentiment permettrait à plusieurs infirmières de se sentir réalisées professionnellement, il pourrait également les amener à dépasser leurs attributions formelles de travail. Chez les infirmières, le sentiment d'utilité se manifeste principalement au sein de l'aide qu'elles apportent à leurs patients afin qu'ils aillent mieux, ainsi qu'à leur participation au bien-être de ceux-ci. Par ailleurs, selon une participante, le sentiment d'utilité serait un élément qui rejoindrait toutes les infirmières :

« Les infirmières sont des personnes qui ne seraient pas capables de faire un travail où elles n'apportent pas quelque chose aux autres. On aime ça se sentir utile disons. » - Participante 8

Ainsi, le contact particulier que les infirmières entretiennent avec leurs patients et la mission de celui-ci laisse la place à ces dernières pour qu'elles y développent un sentiment d'utilité. En

effet, c'est principalement au sein de leurs interventions avec les patients que les infirmières rapportent ressentir qu'elles sont utiles:

« En santé mentale, tu peux vraiment voir l'apport de tes soins. [...] Il y en a des patients qui partent et jamais tu ne te serais douté que finalement ils allaient pouvoir ressortir de l'hôpital. Et ils vont être super bien, donc des fois de voir ces améliorations-là, je trouve que c'est vraiment bien. » - Participante 3

« Moi c'est de voir les patients et de te dire que tu les as aidés à aller mieux. Un patient qui était sur le bord de mourir et que tu parviens à le ramener. Après, il s'en va à la maison, ça c'est le plus beau. » - Participante 7

En effet, si les progrès physiques de leurs patients permettent aux infirmières d'apprécier les impacts directs de leur travail, et ainsi de s'y sentir utiles, d'autres infirmières affirment aussi se sentir utiles simplement par le fait de pouvoir contribuer au bien-être de leur patient:

« Je trouve que c'est important de me sentir utile, et je réussis à me sentir utile comme ça. » - Participante 2

« Autant des fois c'est seulement d'être un support moral. Quand on apprend que pour des patients, il n'y a plus rien à faire, quand les gens apprennent que c'est fini, ce n'est pas toujours facile. Nous, on est la personne qui n'a pas d'attachement, on n'est pas de la famille, donc les patients vont souvent plus se confier à nous. Ils n'oseraient pas toujours se confier à leur famille. Cette relation d'aide est assez importante aussi, ça c'est un côté qui me satisfait beaucoup, d'avoir fait une différence pour un patient. » - Participante 3

Cette dernière participante affirme ici que ce ne sont pas seulement les soins physiques qui peuvent contribuer au bien-être d'une personne. En effet, accompagner un patient vers la mort, lui permettre d'être écouté avant de mourir, est une tâche tout aussi importante dans la relation d'aide. Ainsi, même si le premier objectif de la profession infirmière est certainement d'aider les patients à guérir, parfois lorsque cela est impossible, la tâche d'une infirmière devient alors d'accompagner au mieux les patients vers la fin de leur vie. Ce qui pour cette infirmière constitue un facteur important de sa satisfaction au travail, puisqu'elle sent avoir fait une différence dans le bien-être de son patient.

Également, il arrive que les infirmières interviennent auprès des familles de leurs patients. Ainsi, même si celles-ci ne sont pas des patients en tant que telles, certaines infirmières acceptent de les aider parce qu'elles se sentiraient utiles. À cet effet, une infirmière raconte

comment elle aide les familles de ses patients à passer au travers d'étapes parfois vraiment difficiles pour ceux qui accompagnent des gens malades:

« C'est très gratifiant de pouvoir aider les gens, même des fois les conjoints de patients qui viennent me voir parce qu'ils savent que je suis veuve, alors quand ça se sait à un moment donné, les conjoints viennent me voir par derrière pour me parler de mon histoire, de la leur. Alors ça c'est très, très bien d'être capable de faire ça, on se sent très utile, et c'est cet aspect-là du travail que j'adore » -
Participant 8

En somme, le sentiment d'utilité que les infirmières ressentent à l'accomplissement de leur profession semble autant présent qu'important. En effet, la majorité des infirmières ont dit se sentir utiles dans leur travail parce qu'elles participaient au processus de guérison de patients ou du moins à leur bien-être. Par ailleurs, certaines infirmières accepteraient de franchir la frontière professionnelle lorsqu'elles sentent qu'elles peuvent être utiles. Ainsi, cet indicateur semble avoir un effet important sur la construction de leur identité professionnelle, alors que les participantes exprimaient pratiquement toutes ce sentiment d'utilité.

Nous verrons un quatrième indicateur du collectif professionnel pouvant avoir un impact sur l'identité professionnelle, soit le sentiment d'appartenance.

d) Le sentiment d'appartenance à la profession

Le sentiment d'appartenance à sa profession serait le résultat d'une identification individuelle particulièrement forte à celle-ci. En effet, le fait de prendre part à un collectif tel que celui des infirmières, d'y jouer un rôle, d'y être reconnue positivement permet à un individu d'améliorer son estime personnelle ce qui renforcera finalement son sentiment d'appartenance pour ce groupe. Toutefois, nos résultats montrent seulement quelques manifestations de ce qui pourrait constituer un sentiment d'appartenance lié à la profession chez les infirmières rencontrées. En effet, chez celles ayant témoigné de pareils sentiments, nous avons observé que le sentiment d'appartenance s'exprimait de manière générale davantage envers le groupe de travail qu'envers la profession en soi. Toutefois, l'appartenance exprimée pour un groupe de travail est plutôt caractéristique d'une identité organisationnelle, alors que l'expression d'une identification pour sa profession correspondrait à la présence d'une identité professionnelle. À

cet effet, la présence d'un groupe extérieur, la perception du caractère unique de sa profession ou du prestige de celle-ci sont des éléments notamment susceptibles de renforcer l'identification professionnelle.

Ainsi, parmi l'ensemble des participantes, nous trouvons seulement quelques infirmières démontrant clairement un sentiment d'appartenance pour leur profession. En effet, celles-ci expriment entre autres une prise de distance entre elles et les autres professionnels, ce qui indique qu'elles perçoivent leur profession comme unique ou du moins différente des autres. Il arrive alors qu'elles pensent, soit que ce ne sont pas toutes les personnes qui peuvent être infirmières, soit que leur profession est différente de d'autres. À cet effet, une participante justifie la différence entre les infirmières et d'autres professionnels ce qui l'amène à constater la particularité de sa profession:

« Tu n'es pas infirmière, tu passes les portes de l'hôpital et tu ne l'es plus, tu l'es tout le temps. Comparativement, j'ai des amis qui sont comptables, et donc comparativement à une comptable, qui peut être comptable le jour et lorsqu'elle ferme la porte de son bureau le soir être complètement une autre personne, nous être infirmière ça vient nous chercher dans beaucoup de choses. » - Participante 10

Si la particularité de leur profession peut être constatée par les infirmières lorsqu'elles se comparent à un autre groupe professionnel, certaines entrevoient également l'unicité d'être infirmière au travers d'éléments propres au métier, tel que le fait de travailler durant les jours de fêtes comme le jour de Noël:

« Je pense que les gens ont beaucoup de reconnaissance pour nous, par exemple ma belle-mère quand je travaille à Noël, elle va me dire: “ merci de travailler ”. Je trouve ça touchant, et dans le fond moi aussi je suis chanceuse de pouvoir faire partie de ce moment-là dans la vie des patients. Travailler à Noël et pouvoir faire une différence dans la vie de quelqu'un. » - Participante 2

Ainsi, s'il est vrai que les infirmières ont souvent à travailler durant les jours fériés, cette participante perçoit cette composante faisant partie du métier comme une chance, alors qu'elle affirme avoir le privilège de partager ce moment avec ces patients. De plus, il arrive également que la perception que sa profession profite d'une opinion positive dans la société puisse favoriser l'identification professionnelle des infirmières. En effet, il est reconnu que les individus ont tendance à s'identifier d'autant plus aux groupes qui profitent d'un prestige

social. Ainsi, certaines participantes se disent fières de leur profession. Une jeune infirmière raconte ici sa participation aux activités de promotion et de valorisation du travail des infirmières:

« Avec notre travail, on a des belles opportunités aussi, moi je suis impliquée dans le comité jeunesse de ma région et je suis présidente. Je trouve que c'est le fun de pouvoir se dire qu'en plus de travailler, c'est du bénévolat, mais je trouve que ça aussi c'est valorisant, on fait la promotion de la profession infirmière, on participe à des activités... » - Participante 4

En somme, même si le sentiment d'appartenance à sa profession peut expliquer la présence d'une identité professionnelle, nos résultats concluent que seulement quelques infirmières expriment une telle appartenance par des caractéristiques propres de leur métier. En effet, ce sentiment d'appartenance serait amplifié parce qu'elles perçoivent leur profession différente de toute autre, unique en soi et prestigieuse d'une perspective sociale.

Enfin, le dernier élément du collectif des infirmières déterminant dans la définition d'une identité professionnelle que nous observerons est celui de la solidarité entre collègues.

e) La solidarité entre collègues

La solidarité collective semble toujours particulièrement importante dans les rapports sociaux des infirmières. À cet effet, cet indicateur favoriserait donc la cohésion identitaire des professionnelles. Dans un premier temps, certaines infirmières considèrent le travail en équipe comme primordial au bon déroulement de leur travail. Sans lui, elles jugent qu'elles ne pourraient pas accomplir correctement ni leur rôle ni leurs tâches. En effet, dans la pratique, les infirmières se retrouvent à devoir bien souvent travailler ensemble, et ce même si en théorie elles n'ont pas la même charge de patients. Elles s'entraident, se consultent, ou se donnent des conseils, car leur travail nécessite toute une équipe. En outre, elles ne peuvent pas prétendre agir seules selon cette participante:

« Il faut qu'on travaille ensemble de façon uniforme et en équipe. C'est vraiment l'équipe qui est importante, on ne travaille pas toute seule là-dedans. Il faut qu'on soit une équipe, donc si une autre infirmière me dit: “ tu devrais faire ça, ça, ça...” , alors je n'ai pas à me sentir offusquée, au contraire, je prends les conseils et je continue. [...] Quand tout le monde travaille en équipe, c'est ça qui fait que

c'est plaisant. Il faut se soutenir là-dedans, déjà que des fois ce n'est pas facile. » -
Participant 3

En effet, lorsque les patients sont plus difficiles, ou que les personnalités des patients et infirmières sont incompatibles, celles-ci comptent beaucoup sur le soutien moral de leurs collègues :

« Quand il y a des patients vraiment irritants, à l'unité ils (les personnes en charges) sont vraiment compréhensifs, alors on essaie entre nous d'alterner. Donc, même s'il y a des sections fixes, une soirée ça sera moi qui aura les patients plus difficiles, et une soirée ça sera une autre. [...] C'est sûr que des fois on arrive au poste, on est un peu à bout et on se dit “ il ne faut pas qu'il re-sonne parce que... ”. Le poste, c'est un peu comme un confessionnal. » - Participant 9

Ainsi, les urgences médicales où les patients difficiles sont une réalité quotidienne pour les infirmières. Toutefois, ces situations dans leur travail créent parfois un climat tendu, qui nécessite des infirmières qu'elles travaillent ensemble main dans la main. Elles s'attendent donc de la part de leurs collègues à un soutien moral, mais aussi à un soutien pratique, face à leurs tâches qu'elles considèrent communes.

De plus, actuellement, certaines situations dans le travail des infirmières, qui sont engendrées par le contexte organisationnel, permettent de faire la preuve d'une grande solidarité entre les infirmières. Par exemple, dans les équipes volantes, les infirmières se retrouvent souvent dans des situations où elles doivent changer de départements à tous les quarts, et parfois même plus d'une fois dans un même quart. Dans ces moments, le travail en équipe devient essentiel pour les infirmières, qui comptent sur celui-ci, car souvent elles ne disposeront pas de suffisamment de temps pour bien connaître l'état des patients qui leur sont attribués. Ainsi, une jeune infirmière confrontée à cette réalité professionnelle, rapporte se fier grandement sur la collaboration de ses collègues infirmières auxiliaires :

« Je travaille beaucoup en équipe, je trouve ça primordial, parce que sinon je trouve que le patient est complètement négligé surtout que justement moi, je suis là le samedi, et je ne suis pas là le dimanche. À chaque jour, c'est une infirmière différente, moi je n'ai souvent pas le temps de lire tout le dossier, je n'ai pas le temps de faire mes PIT, qui assure un suivi du patient. Tous mes patients, je ne les connais pas du tout. Donc je me fie beaucoup aux autres, je n'ai pas le choix [...] C'est vraiment facile de faire des erreurs quand tu ne connais pas le patient, est-il comme ça d'habitude ou non ?... » - Participant 2

Ici, les infirmières comptent sur le travail en équipe pour diminuer leurs risques d'erreurs professionnelles dans un contexte où elles doivent porter un jugement clinique sur des patients dont elles ont à peine pris le pouls. En outre, nos résultats montrent alors que ces comportements et attitudes de solidarité et d'entraide entre collègues infirmières leur permettent de faire face peut-être plus facilement aux difficultés organisationnelles, comme le manque de temps ou les heures supplémentaires obligatoires:

« Quand les personnes sont débordées, on va rester pour les aider un peu, c'est sûr qu'on ne va pas les laisser dans le trouble. Quand on est capable de les aider, on va les aider. » - Participante 1

« On essaie de s'entraider dans nos pauses [...] aussi la fille des horaires peut venir nous voir “ Est-ce que tu veux rester un 4 heures d'over-time ”, tu es comme “ d'accord, oui ”, on s'entraide beaucoup. » - Participante 7

« Du temps supplémentaire obligatoire, ou des choses comme ça, il y en avait. Souvent, on le fait pour les personnes qui sont sur le plancher. [...] Pour le personnel de soir, par exemple, si j'étais de jour pour éviter qu'elle se retrouve toute seule, ou pour éviter qu'une mère de famille soit obligée de rester, moi ça venait tout le temps me chercher quand une mère est prise... » - Participante 10

« C'est sûr qu'on est une équipe, on va se soutenir. Des fois, tu vois que ça serait ton collègue qui resterait en temps supplémentaire obligatoire et que le lendemain il est censé partir pour un week-end, dans ce temps-là c'est sûr qu'on se soutient. » - Participante 9

En somme, tous ces exemples de gestes de solidarité entre les infirmières montrent que ceux-ci sont importants à leur travail. En effet, selon les propos des participantes rencontrées, il semble primordial pour elles de cultiver un esprit d'équipe, d'entraide et de solidarité dans une profession où le travail est de nature souvent difficile, et parfois même critique, alors que la vie de patients est souvent en jeu. Par ailleurs, le contexte organisationnel actuel vient sans aucun doute accentuer l'importance de la solidarité entre infirmières.

En conclusion, nous venons d'analyser plusieurs indicateurs du collectif professionnel des infirmières qui ont une influence sur la manière dont s'exprimera l'identité chez ces professionnelles. En premier lieu, les règles informelles favorisent l'uniformité et l'adhésion des membres aux mêmes normes ou codes de conduite. Chez les infirmières, nos résultats soulèvent deux éléments, d'une part que les règles informelles sous-tendent une certaine

demande pour une grande mise en disponibilité de celles-ci, d'autres parts que la teneur de la présence féminine dans la profession influencerait certains codes de conduites. En deuxième lieu, les valeurs professionnelles sont celles partagées généralement par l'ensemble des infirmières et qui auront une influence sur la manière dont leur travail sera conduit. Ainsi, nous avons noté que le respect des patients et l'humanité des soins s'avèrent être les valeurs qui importent le plus pour les professionnelles. En troisième lieu, le sentiment d'utilité se révèle être un élément particulièrement important pour les infirmières. En effet, la nature de leur travail consistant à donner des soins à des personnes malades fait en sorte qu'elles voient directement l'impact de leurs gestes et à cet effet elles y retrouvent un grand sentiment d'utilité. Par ailleurs, ce sentiment pourrait inciter les infirmières à franchir certaines limites professionnelles. En quatrième lieu, le sentiment d'appartenance à la profession semble avoir moins de résonance au sein du collectif des infirmières. Toutefois, il n'est pas complètement absent et se manifeste chez certaines par l'expression d'une distinction, d'un prestige ou de l'unicité de la profession infirmière. En dernier lieu, la solidarité entre collègues est elle aussi très présente pour le collectif des infirmières. Elle régira les rapports sociaux des professionnelles entre elles, alors qu'elles s'attendent à de tels comportements de la part de leurs collègues de travail. De plus, elle serait d'autant plus présente dans le contexte actuel du secteur de la santé marqué par des défaillances organisationnelles.

Enfin, nous venons de tracer les contours de l'identité professionnelle des infirmières qui s'exprimera chez chacune par l'articulation entre leur identité personnelle et l'identité collective. Toutefois, il reste encore certaines composantes propres au travail des infirmières que nous désirons évaluer dans cette recherche et qui sont: la présence du code déontologique et de l'éthique des soins, les manifestations du *care*, ainsi que du travail émotionnel. Nous les verrons donc dans les points suivants.

iii. La présence déontologique

La déontologie d'une profession réunit l'ensemble des normes, règles et devoirs qui encadrent celle-ci et qui auront un impact sur les gestes et comportements de ses professionnels. Ceux-ci, contrairement aux règles informelles présentées dans la section précédente, sont formellement

dictés par un outil: le code de déontologie. Ainsi, en étant dans une profession soumise à une présence déontologique, les infirmières semblent unies par les responsabilités et valeurs transmises par celui-ci. En effet, d'une manière générale, elles s'accordent sur les responsabilités professionnelles imputées aux infirmières, ainsi que sur les valeurs sous-jacentes à leur code de déontologie. Par ailleurs, elles perçoivent cet outil comme une légitimation de leur profession non seulement au plan légal, mais également social:

« Le code de déontologie nous permet d'avoir un métier qui est davantage réglementé et socialement bien perçu parce que c'est important comme travail. Quand on a la vie des patients entre nos mains, il faut être sérieux. » -
Participante 4

Ainsi, les infirmières semblent accorder une grande importance au respect de cet outil déontologique, alors qu'il leur permet de revendiquer l'importance de leur travail. À cet effet, elles sont conscientes des devoirs et règles professionnels qui accompagnent leur code. Selon les résultats, les principaux éléments retenus par les participantes se résument par: le respect du patient (a), la tenue à jour des connaissances (b), le maintien d'une distance professionnelle (c) et la confidentialité des dossiers (d).

a) Le respect du patient

D'abord, le respect des patients fait partie des nombreuses responsabilités professionnelles auxquelles doivent se conformer les infirmières. En effet, alors que les infirmières ont un accès privilégié à l'intimité des patients qu'elles soignent, celles-ci doivent donc se porter garantes de la préservation de leur intégrité et de leur dignité en respectant notamment la relation de confiance supposée entre un professionnel et un patient:

« Si on veut avoir une relation de confiance, parce qu'on va dans le plus vulnérable des gens, on a accès à leur vie privée et souvent on voit des choses incroyables, ou les patients se confient à nous, donc il ne faut pas tromper les personnes avec ça, c'est vraiment important. » - Participante 1

Ainsi, dans leurs interventions auprès des patients, elles s'assurent du respect constant de leur dignité, soit par l'adoption de gestes ou d'attitudes bienveillants:

« Un rideau pas fermé, une jaquette pas attachée, des choses comme ça, des fois les patients sont complètement confus, ils vont se promener les fesses à l'air.

C'est nous qui devons attacher la jaquette même si pour le moment le patient se fiche bien qu'on lui voit les fesses, mais c'est important. » - Participante 10

« Il m'arrive de rapporter des situations, parce que je trouve que le patient a été lésé d'une certaine façon. Des fois, c'est juste par l'attitude de l'infirmière ou dans la façon de donner le traitement. [...] Par exemple, dans la façon d'administrer la chimiothérapie, ça doit être très précis et il y en a qui sont un peu négligentes, ou bien qui vont bousculer les patients, ou qui vont vraiment mal les traiter, il y a des patients difficiles, mais ce n'est pas parce qu'ils sont difficiles qu'on a le droit de mal les traiter, ils sont malades. » - Participante 8

De par leur statut professionnel, les infirmières sont ainsi obligées d'entretenir une relation respectueuse avec les patients, qui doit absolument transparaître dans leurs interventions quotidiennes.

b) La tenue à jour des connaissances

Ensuite, d'autres infirmières ont mentionné que le fait de devoir constamment tenir leurs connaissances à jour constituait une de leurs responsabilités professionnelles. En effet, le travail des infirmières peut avoir un impact considérable sur la vie des patients. De plus, la science de la santé est un domaine en constante évolution. Pour ces raisons, les professionnelles des soins ont la responsabilité de consciemment questionner leurs approches, de remettre en question les vieilles façons de faire et donc de renouveler leurs techniques de travail:

« De pratiquer avec des connaissances à jour, ça pour moi c'est important. C'est important d'intervenir sur des données probantes, de ne pas travailler toujours avec le même vieux mâché, mais de dire, est-ce qu'il y a un moyen de faire autrement, est-ce qu'on peut essayer autre chose ? [...] Moi je pense que c'est notre devoir. » - Participante 5

À cet effet, les infirmières doivent donc être ouverte à de nouveaux apprentissages, mais aussi et surtout être en mesure de reconnaître les limites de leurs propres connaissances:

« Pour être une bonne infirmière, il faut toujours vouloir apprendre, ne pas penser que l'on sait tout. Il y en a que parce que ça fait 20 ans qu'elles sont là..., non vraiment de tout le temps vouloir apprendre et si on ne le sait pas alors accepter de le reconnaître. » - Participante 9

« Être capable d'être ouverte à la critique, de vouloir toujours apprendre sans cesse. Parce que quelqu'un qui dit moi je connais tout, et je m'arrête à ça, il sera dangereux dans les soins, c'est sûr. » - Participante 3

Ainsi, selon ces deux dernières participantes, l'humilité face à ses connaissances est primordiale pour pouvoir exercer la profession d'infirmière, et ce, afin d'être en mesure de reconnaître l'importance et surtout l'obligation de les mettre à jour. Les infirmières en tant que professionnelles de la santé sont donc obligées de travailler avec des compétences actualisées.

c) La distance professionnelle

En outre, les règles déontologiques commanderaient également aux infirmières la préservation d'une distance professionnelle entre elles et les patients. En effet, les participantes rapportent parmi leurs responsabilités professionnelles devoir poser une frontière entre leur vie au travail et leur vie personnelle :

« C'est dans notre code de déontologie aussi de ne pas parler de nos choses personnelles avec les patients. On peut parler des choses qui concernent les patients, mais en ce qui concerne ma vie personnelle, elle, elle doit rester à l'extérieur. Je ne parle pas de moi, mais seulement ce qui est au sujet du patient. »
- Participante 3

Cette distance est importante pour que les infirmières conservent une relation professionnelle entre elles et les patients. À cet effet, elle commande aux infirmières de ne pas s'impliquer personnellement afin qu'elles puissent conserver toute l'objectivité nécessaire au jugement de spécialiste:

« Je suis rassurante, mais je ne vais pas m'approprier leurs émotions. Je vais être là pour eux, je pense que je peux être très rassurante quand les patients vivent des choses stressantes ou peu importe, mais je dois rester professionnelle avec un regard d'infirmière et non de fille ou de petite-fille. » - Participante 10

d) La confidentialité des dossiers

Enfin, nous trouvons au sein du discours des participantes une toute dernière responsabilité professionnelle relative à la présence déontologique, soit la préservation de la confidentialité. Il va sans dire que, sur le thème de la déontologie, cette règle professionnelle est sans doute

celle ayant été la plus évoquée par les infirmières rencontrées. Ainsi, les infirmières sont soumises à la préservation de la confidentialité de leurs patients et sont donc responsables de celles-ci:

« La confidentialité, c'est sûr que c'est super important. On ne va pas divulguer à tout le monde ce que l'on voit, ou ce que l'on entend, parce que tout finit par se savoir. Par exemple, il faut faire attention à nos dossiers pour les protéger, il ne faut pas que ça soit à la vue de tous. [...] Et puis, à propos des patients, alors je n'en parle pas n'importe où, et si j'ai besoin de demander un conseil, alors j'essaie que ça soit dans une pièce fermée. Il faut rester professionnelle, parce que sinon on perd le lien de confiance avec le patient et ça c'est sûr que ça n'aide en rien. » - Participante 1

En effet, si la confidentialité des dossiers relatifs aux patients est une obligation avant tout déontologique, celle-ci favorise également le lien de confiance entre les infirmières et les patients. Par ailleurs, cette relation de confiance est particulièrement importante pour le travail des professionnelles, puisqu'elle permet l'optimisation des soins notamment dans des situations où la sécurité des patients est à risque:

« La confidentialité, c'est très, très important ! Dans nos entrevues, parfois les patients peuvent nous confier des choses. Quand il y a un risque, par exemple, de suicide ou autre chose, quand il y a vraiment un risque pour la personne, alors des fois il faudra en parler avec le médecin. Il faudra aller un peu au-delà de la confidentialité, tout en respectant aussi ce qui est prescrit par notre Ordre professionnel, sur ce qu'on a le droit ou non de divulguer. Mais préserver la sécurité du patient, c'est ce qui est primordial. » - Participante 4

Dans ces situations, le secret professionnel favorise la confiance des patients à leur infirmière, alors qu'elles sont parfois leur seule ressource:

« Si on ne parle pas avec le patient, on ne le sait pas toujours. Ça m'est arrivé deux fois où des patients avaient vraiment un plan en tête pour une tentative de suicide. Si je n'avais pas parlé avec eux, je ne l'aurais pas su et peut-être qu'on les aurait retrouvés morts. Mais là au moins, on a pu prendre des mesures, enlever tous les objets qui pouvaient être dangereux, mettre une surveillance, faire une consultation avec le psychologue ou le psychiatre, s'il y a lieu. » - Participante 3

Ainsi, la confidentialité des dossiers est une responsabilité professionnelle dictée par le code de déontologie des infirmières, qui permet non seulement la préservation de l'intégrité des patients, mais également le lien de confiance nécessaire à celles-ci pour l'exercice de leur travail.

En somme, la présence du code de déontologie dans le travail des infirmières a un impact considérable avant tout sur les responsabilités professionnelles qui incombent à celles-ci. En effet, les infirmières sont particulièrement au fait de leurs devoirs professionnels et des règles qui encadrent leur travail. Parmi ceux-ci, nous avons relevé principalement le respect de l'intégrité des patients, ainsi que de leur confiance, la tenue à jour des connaissances des infirmières, le respect d'une distance professionnelle et finalement la préservation de la confidentialité des dossiers.

En outre, le code de déontologie est également connoté par l'éthique professionnelle, qui aura elle aussi une influence sur les comportements et les actes des infirmières, mais par son effet davantage moral que réglementaire. Nous verrons donc comment l'éthique professionnelle se manifeste dans le travail des infirmières.

iv. L'éthique professionnelle

L'éthique professionnelle des soins est promue au sein du code de déontologie, puisque celui-ci prévoit les actes moralement bons et ceux moralement proscrits. Toutefois, l'éthique d'une profession est bien souvent antérieure au code de déontologie alors qu'elle prend ses sources dans les fondements mêmes du métier. Ainsi, l'éthique professionnelle des soignants a depuis toujours été fondée sur une pratique des soins empreinte de compassion, d'empathie et de dévouement. Selon nos résultats, cette morale professionnelle sous-tend toujours la pratique des infirmières. En effet, les participantes semblent convaincues que l'exercice de la profession d'infirmière nécessite d'être attentionnée, empathique, aimante et généreuse avec les patients.

Ainsi, l'éthique professionnelle des soins suppose que les infirmières fassent preuve de compassion et d'empathie avec leurs patients. À cet effet, les participantes expriment qu'il est de leur devoir de se faire rassurante et réconfortante parce qu'elles travaillent avec des personnes aux prises avec des situations difficiles:

« Ça prend d'être capable de réconforter le patient, la famille, et surtout de leur faire traverser cette épreuve-là, le plus doucement possible. Malgré toutes les agressions physiques que l'on peut faire dans les soins, c'est d'essayer de mettre de l'espoir et du réconfort dans tout ça. Donc c'est ça être infirmière aussi, il y a

une grande part de psychologie dans les soins, plus que physique même. » - Participante 6

« Pendant les pansements, j'essaie de faire un peu de relation d'aide parce que je trouve qu'ils font un peu pitié parfois. Alors, on parle, je l'écoute, je prends du temps avec mes patients, et je me dis que si ça peut leur faire du bien alors tant mieux » - Participante 9

« Je sens que malgré tout ce que les patients peuvent vivre, celui à qui je fais une petite blague, ou celle pour qui j'ai permis un petit moment spécial dans sa journée, et bien ça leur fera un petit réconfort. J'essaie que tout le temps où je serai avec mon patient, soit un moment spécial, qu'il se sente écouté, qu'il sente que je suis là pour lui. » - Participante 2

Les soins, même en étant physiques, ne peuvent être réalisés sans une préoccupation de la part de l'infirmière pour la personne se retrouvant en face d'elle. En effet, les infirmières n'envisagent pas d'accomplir leurs tâches des soins physiques, sans être chaleureuses et attentives notamment parce qu'elles expriment de la compassion pour leurs patients. De plus, l'éthique des soins induirait la nécessité de ce dévouement ou de cette générosité chez les soignantes. À cet effet, les participantes mentionnent la présence du don de soi dans leur profession:

« Je pense que c'est une conscience que l'on a à partir du moment où l'on rentre dans la formation pour être infirmière, que les soins, c'est comme un don de soi [...]. » - Participante 10

« Les infirmières sont au départ des personnes qui veulent se donner alors [...]. » - Participante 8

« C'est une question de personnalité, généralement les infirmières sont des personnes perfectionnistes et qui donnent beaucoup. » - Participante 3

En somme, les propos des infirmières montrent que l'éthique des soins actuelle préconise toujours une attitude sous-jacente de compassion et de dévouement aux personnes malades. En effet, les participantes considèrent que pour effectuer leur travail il leur faut être attentionnées, réconfortantes et dévouées. Ainsi, il semble que les infirmières ont tôt fait d'intérioriser la morale professionnelle de leur métier.

Enfin, si ces attitudes sont attendues des infirmières c'est avant tout parce que leur profession se situe dans un secteur dit du *care*. Dans le prochain point, nous analyserons les manifestations du *care* dans le travail des infirmières.

v. Les manifestations du *care*

Tout travail lié aux domaines des soins implique nécessairement la présence d'un souci pour autrui. Ce souci pour l'autre, plus connu sous le terme du *care*, suppose une attention aux besoins singuliers des individus. Envisager le travail des infirmières sous cet angle ne permet alors pas de considérer que les soins puissent être offerts de la même manière pour tous. À cet effet, nos résultats montrent que le travail du *care* chez l'infirmière engage donc certaines compétences particulières, soit la disponibilité à l'autre (a), la reconnaissance de ses besoins (b) et la responsabilité face à la tâche (c). Par ailleurs, il arrive que ces compétences mobilisées par le *care* restent dans l'ombre. Ceci est particulièrement bien illustré alors que certaines infirmières tendent à naturaliser les gestes impliqués par le *care*. À cet effet, les gestes mobilisés par le *care* se distinguent précisément ici de ceux mobilisés par la personnalisation du service, c'est-à-dire dans la difficulté qu'ont les infirmières à les percevoir elles-mêmes. Ainsi, il existe une certaine complexité à mettre en lumière l'existence de ce travail du souci à l'autre notamment lorsqu'il semble venir de soi. En outre, les propos de certaines participantes relatant l'absence de comportements de *care* chez d'autres infirmières permettent selon nous d'illustrer toute l'importance, qui plus est la présence, du travail de *care*.

a) La disponibilité à l'autre

Dans un premier temps, nos résultats montrent que le travail du *care* requiert une grande disponibilité de la part des infirmières pour les patients, mais aussi leur famille. En effet, plusieurs participantes ont permis de comprendre que leur travail leur demandait l'adoption d'une position d'ouverture dénotant un réel intérêt à l'autre:

« Je pense qu'il faut être curieuse, il faut être curieuse de l'expérience des gens. Évidemment, pas curieuse de savoir ce qu'il faisait dans la vie, mais avoir de l'intérêt pour l'autre, ça je pense que c'est essentiel. » - Participante 5

Ainsi, le souci de l'autre se perçoit entre autres dans cet intérêt et ce désir de pousser plus loin les évaluations auprès des patients afin de veiller à leur bien-être. Ainsi, la disponibilité de l'infirmière permet sans aucun doute de favoriser la confiance et l'ouverture des patients. En outre, selon certaines participantes, l'absence de comportement ou d'attitude de disponibilité de la part d'une infirmière démontrerait un manque de souci pour l'autre, autrement dit de *care*:

« Les personnes qui jugeront si une infirmière est bonne ou non avec le patient ça sera souvent par le côté social. Il y a des infirmières qui n'ont aucune émotion sur leur visage. C'est comme si elles avaient constamment une mauvaise journée. Sauf que le patient il ressent cette attitude, il ne sera pas ouvert à l'infirmière, il ne voudra pas te raconter ce qui ne va pas bien, il va se retenir. Alors, je trouve que c'est vraiment important de montrer qu'on est ouverte, que les patients peuvent avoir des discussions sur tout et sur rien avec nous. » - Participante 7

« Il y en a des infirmières qu'à force d'être là, elles sont devenues moins à l'écoute des patients. On entend souvent mettons de leur part: " Ah, mais lui (le patient), y'a tout le temps mal, il se plaint tout le temps. " À un moment donné, il faudrait peut-être qu'elles essaient autre chose. » - Participante 9

Selon les propos des participantes, la disponibilité d'une infirmière se perçoit donc grandement au sein de l'attitude de celle-ci avec ses patients. Son expression faciale ou sa manière d'être pourrait influencer ses rapports avec eux et ainsi faire en sorte qu'ils s'ouvrent ou au contraire se ferment lors de l'évaluation médicale. De plus, selon les participantes, il semble que la disponibilité d'une infirmière doive également s'exprimer dans son attitude avec les familles de ses patients. En effet, plusieurs participantes ont mentionné que le manque de sensibilité d'une infirmière pour la famille de ses patients entrerait en contradiction avec leur rôle:

« Par exemple, les familles lorsqu'elles sont stressées, il y a plein d'infirmières, qui ont hâte qu'elles partent, ou qui ne tolèrent pas la visite. Mais je me dis si c'est moi qui étais hospitalisée, je voudrais tellement que ma mère soit avec moi 24 heures sur 24. Alors, je pense que de comprendre la réalité, celle du patient hospitalisé, c'est vraiment important. » - Participante 9

« C'est tellement un moment difficile pour le patient et sa famille, c'est aussi de rendre ça un peu plus agréable. Il y a des infirmières qui n'ont jamais le sourire [...]. » - Participante 7

Selon leurs propos, nous constatons que les infirmières ne peuvent pas se contenter de soigner les patients en faisant fi de leurs familles. En effet, ceci serait compatible avec la philosophie du *care* où il s'agit également de se soucier de l'entourage, car le bien-être du patient est tout

autant lié à celui de sa famille et *vice versa*. Une infirmière adoptant une attitude de *caring* essayera de prendre le temps nécessaire avec la famille pour les rassurer, pour se faire accueillante et aimable avec elle. En outre, les infirmières doivent donc se montrer disponibles, soucieuses et intéressées du bien-être tant de leurs patients que de leurs familles.

b) La reconnaissance des besoins

Dans un deuxième temps, le *care* demande également aux infirmières de reconnaître les besoins chez l'autre. Pour ce faire, il s'agit de savoir lire entre les lignes, d'être à l'écoute, de donner des soins avec sollicitude. Toutefois, parfois, il ne s'agit pas pour les infirmières de simplement demander pour connaître les besoins de leurs patients. Elles doivent être en mesure d'anticiper les besoins à leur place, car les patients ne sont pas toujours en état de les formuler. Une infirmière à domicile intervenant majoritairement auprès des personnes âgées remarque que celles-ci sont souvent réticentes à se rendre à l'hôpital:

« Souvent les personnes âgées, elles ne veulent plus aller à l'hôpital. Elles sont tannées, alors il faut les convaincre. Des fois, notre travail c'est de prendre trente minutes pour les convaincre. Il faut leur dire pourquoi on veut faire cela pour eux, qu'est-ce qui leur sera probablement fait là-bas... » - Participante 1

Même si cette participante ne l'exprime pas explicitement, l'on peut déduire que pour arriver à convaincre ses patients de se rendre à l'hôpital, celle-ci devra donc user de patience et de sensibilité pour arriver à les rassurer. Une autre infirmière explique que les patients n'ont pas tous les mêmes besoins face à la souffrance, et à cet effet, il nous apparaît qu'il lui faudra user de sollicitude et d'attention dans ses soins pour être en mesure de nuancer les souhaits de chacun:

« Quand il y a des patients qui seront très souffrants, on devra leur apporter ce qu'il faut pour le soulager. Et il y en a d'autres qui vont avoir besoin d'être seuls, pour pouvoir se reposer et essayer s'ils sont capables de s'endormir pour ne plus penser à leur douleur. » - Participante 4

Enfin, une autre participante travaillant auprès des personnes atteintes de démence cognitive explique que dans son cas, la reconnaissance des besoins ne peut pas se faire exclusivement auprès des patients. En effet, sans qu'on lui demande, cette participante conçoit devoir également tenir compte des besoins des aidants. De plus, sans nécessairement que les aidants

l'expriment à voix haute, l'infirmière doit donc arriver à lire entre les lignes, autrement dit à décoder les signes :

« Je ne prends pas seulement soin des patients, je vais prendre soin de l'aidant. Les besoins de l'aidant, est-ce qu'elle a besoin d'avoir du répit? Et souvent les personnes pensent qu'elles peuvent y arriver toutes seules, parce que c'est comme gênant de demander de l'aide. » - Participante 5

Par ailleurs, décrire de quelles manières elles font pour reconnaître les besoins de leur patient n'est pas toujours évident pour les participantes à qui cela paraît tellement naturel:

« Les besoins c'est toujours... ça va de soi quand on est infirmière d'identifier les besoins de santé » - Participante 5

Comme l'illustrent les propos de cette autre participante, les gestes du *care* qu'elles exécutent quotidiennement dans leur travail sont naturalisés ou banalisés, alors pourtant qu'ils nécessitent des comportements de sensibilité et d'attention à l'autre:

« Ça je pense que tu l'as ou tu ne l'as pas. Je ne sais pas... On dirait que c'est naturel, un enfant qui pleure, moi j'ai le goût de le consoler c'est automatique. Pour les parents c'est la même affaire, ça m'est déjà arrivé de m'asseoir à côté d'eux et de juste les tenir par l'épaule. Pas besoin de parler ça leur fait du bien de savoir que quelqu'un est à côté. Un enfant, des fois, c'est juste de lui tenir la main. Par exemple hier, toute la tournée médicale est arrivée, ils sont alors plusieurs autour du lit, mon petit patient, il se demandait vraiment ce qui se passait. Moi, je suis allée me mettre à côté de lui et je lui ai juste tenu la main, je lui ai caressé les cheveux pendant qu'on parlait, donc pendant ce temps-là, il était calme. » - Participante 6

Enfin, la reconnaissance des besoins chez les patients ou même l'entourage démontre la nécessité du *care* dans le travail des infirmières, car elle leur demandera de ne pas se limiter aux besoins clairement exprimés, mais bien de faire la preuve d'un plus grand souci encore du bien-être de l'autre. Toutefois, lorsque l'on leur demande ce qu'il faut faire pour reconnaître les besoins des autres, les infirmières expriment une grande difficulté à mettre en mots leurs propres gestes. À cet effet, elles auront tendance à les naturaliser.

c) La responsabilité face à la tâche

Dans un troisième temps, le fait de prendre soin de personnes suppose une certaine responsabilité face à la tâche. En effet, les infirmières expriment l'importance pour elles du

souci de faire un bon travail parce qu'elles sont conscientes d'être celles sur qui reposent la santé et le bien-être des patients:

« Il faut beaucoup de soucis de faire un bon travail, parce que tu joues avec la santé des gens, tu travailles avec de vraies personnes, donc si tu ne fais pas bien quelque chose ça peut avoir des répercussions qui peuvent être quand même grave. » - Participante 6

De plus, pour une infirmière de recherche en oncologie, cette conscience doit être encore plus aiguisée, car les risques sont d'autant plus grands alors que les traitements donnés aux patients sont encore dans une phase d'essai. Ainsi, dans ces situations, la responsabilité des infirmières est particulièrement grande alors que la santé de leurs patients pourrait dépendre de leur vigilance:

« On sait qu'il faut faire attention, même plus que si on donnait des médicaments depuis longtemps, parce qu'on ne sait jamais ce qu'il peut arriver avec de nouveaux médicaments. Il faut toujours être à l'affût, il faut écouter tout ce que nous dit le patient parce que ça peut-être un effet secondaire qui n'a pas été documenté avant. » - Participante 8

Ainsi, la responsabilité liée au fait de prendre soin d'une autre personne force notamment les infirmières à être vigilantes dans leur travail. Mais la responsabilité liée au *care* peut également avoir pour effet de rendre les infirmières encore davantage concernées par le destin de leurs patients. En effet, comme le montrent bien les propos de cette prochaine infirmière, son souci du bien-être de ses patients l'entraîne à être prête à tout, même à vouloir « défoncer des portes », afin que ceux-ci aient accès aux services requis:

« Ce n'est pas parce que je n'ai pas confiance qu'ils ne vont pas faire leurs démarches ou que je veuille les diminuer, non, mais c'est parce que je veux les aider. À partir du moment où je comprends qu'il y a un besoin, je suis prête à défoncer des portes pour donner à mes patients accès. Est-ce qu'ils ont besoin d'un lit de répit, est-ce qu'ils ont besoin... C'est toujours aussi d'essayer de prévenir l'hospitalisation et l'hébergement précoce. » - Participante 5

Enfin, pour d'autres infirmières encore, la responsabilité liée au travail du *care* est parfois vécue comme un poids qui pèserait sur les épaules des infirmières. Ainsi, une infirmière compare son rôle auprès des patients à celui d'une bouée. Ses propos nous permettent de déduire qu'il existe donc une certaine pression liée au fait de prendre soin d'une autre personne que soi:

« Tu es une bouée au fond et si la bouée cale ce n'est pas drôle. Je veux dire, on est là pour aider les patients, il ne faut pas que tu coules avant ou avec eux, il faut que tu sois vraiment solide. Parce qu'ils ont confiance en nous, en notre jugement. » - Participante 1

En effet, le contexte des soins actuels est difficile parce qu'il impose un rythme aux infirmières, qui ne pourront pas négliger la qualité de leurs soins pour autant, parce qu'elles prennent soin de personnes. Cependant, peu importe les conditions, les infirmières ont la responsabilité d'être compétentes dans les soins qu'elles donnent et ainsi d'aider leurs patients à aller mieux.

En somme, le travail du *care* est celui du souci pour une autre personne que soi. À cet effet, il requiert une attention de la part des infirmières aux spécificités de chacun. Pour cela, nos résultats montrent que dans un premier temps, les infirmières doivent se mettre disponibles et intéressées au bien-être de leurs patients et de leur famille; que dans un deuxième temps, elles doivent savoir reconnaître les besoins de ceux-ci dans toute leur subtilité, et pour ce faire, faire preuve d'une grande sensibilité, sollicitude et écoute dans les soins; et que dans un troisième temps, ce souci pour autrui entraîne une certaine dose de responsabilités pesant même parfois sur les épaules des infirmières, car celles-ci sont en charge du bien-être de personnes, et ce peu importe les conditions dans lesquelles elles auront à travailler. Par ailleurs, il semble que certains gestes impliqués par le *care* soient plus difficiles à percevoir parce qu'ils seront naturalisés par les infirmières.

Enfin, la dernière composante de la profession infirmière qui sera analysée dans le prochain point est celle du travail émotionnel.

vi. Le travail émotionnel

Le travail émotionnel est celui qui consiste en la modification de l'intensité ou de la nature d'une émotion par l'effet de règles sociales, qui dirigeront la manière dont devraient être exprimées les émotions selon les circonstances. À cet effet, ce travail requiert donc une certaine gestion individuelle de ses émotions afin de les faire concorder avec la situation

vécue. Par ailleurs, la gestion des émotions peut être faite en deux sens. Premièrement, elle peut être faite dans le but de simuler une émotion absente, et deuxièmement, elle peut être faite dans le but de dissimuler une émotion ressentie. Cependant, la gestion des émotions répond avant toute autre chose à des règles de sentiments partagés par un même groupe, et qui encadreront l'intensité ou le type d'émotions qui devraient être exprimés selon les cas.

Ainsi, c'est précisément ce que montrent nos résultats, alors que les infirmières rencontrées expriment somme tout clairement les règles de sentiments qui entourent leur profession. En effet, plusieurs infirmières affirment que les débordements émotionnels, tels que les pleurs, n'auraient pas leur place au travail. À cet effet, elles dissimulent certaines émotions, sans que cela ne soit toujours fait explicitement, lorsqu'elles se retrouvent devant les patients afin d'adopter une posture pour elles davantage professionnelle:

« C'est certain que si on vient de se faire ramasser par quelqu'un, on ne va pas arriver devant le patient..., je veux dire ce n'est pas au patient à subir rien de ce que nous on a subi avant. Il faut avoir une attitude professionnelle, il ne faut pas que tu racontes ta vie. Tu es là pour soigner un patient, tu ne peux pas avoir l'air plus malade que lui. Tu es là pour faire une évaluation, tu es là pour l'aider. Tu ne montres pas ton état d'âme. » - Participante 1

« Mon assistante, elle me disait au début: "je suis certaine que tu seras une bonne infirmière, mais j'ai peur que tu sois trop émotive." [...] Mais à ma grande surprise, je ne suis pas comme ça au travail. Je peux arriver chez moi, raconter une histoire et ça va me rendre émotive, mais on dirait que quand ça arrive au travail, ce n'est tellement pas la place, ce n'est pas ma mère, ce n'est pas mon père. Si les autres ne pleurent pas autour de moi, alors on dirait que ce n'est pas approprié. Autant, j'ai assisté à des morts, mais on dirait que ce n'est pas la place, tu te dis là c'est ma job. » - Participante 9

« Moi, dans la vie, je suis réputée d'être un petit paquet de nerfs. Mais sur un plancher, je suis complètement une autre personne, ça ne paraît pas, tout se vit en dedans. Je vais être très professionnelle, mais après mon quart, par contre, je vais aller pleurer et je vais vider mes émotions surtout par les larmes. » - Participante 10

En outre, selon les règles de sentiments consentis au sein de la profession, il ne serait donc pas approprié que les infirmières fassent trop démonstration devant les patients de leurs émotions personnelles liées ou non au travail. Également, il serait plus approprié qu'elles posent une

distance émotionnelle entre elles et les patients, de sorte de ne pas être trop affectées par le sort de ces derniers.

Ainsi, dans leur travail, les infirmières ont donc régulièrement à faire une gestion de leurs émotions surtout que la plupart d'entre elles sont en contact quasi constamment avec des patients. Mais ce travail de gestion des sentiments nécessite un certain effort de la part des travailleuses. En effet, dans un premier temps, il requiert entre autres un contrôle physique de l'expression comportementale afin par exemple de ne pas inquiéter davantage les patients:

« Des fois, c'est difficile quand tu vois des patients qui sont amochés et à qui tu es attaché. Il y en a des patients que tu connais depuis plus longtemps, mais il faut que tu sois en contrôle. Si tu n'es pas en contrôle, ne va pas dans ce métier, parce que tu ne dois pas rendre la personne plus angoissée. Les patients nous sentent, donc si tu n'as pas confiance en toi, si tu n'es pas en forme, ils vont le ressentir. Quand tu te présentes le matin, il faut que tu sois efficace. » - Participante 1

Dans un deuxième temps, la gestion des sentiments sollicite également un contrôle interne chez les infirmières des émotions vécues afin, par exemple, qu'elles ne soient pas elles-mêmes trop bouleversées lorsqu'elles quittent les lieux de travail:

« Il y a des infirmières qui s'attachent aux patients et quand ils décèdent elles ont beaucoup de peine. J'en ai vu des infirmières arriver au travail et quand elles apprennent que le patient était décédé, elles pleurent toute la journée. Mais moi je ne veux pas m'embarquer émotionnellement là-dedans. [...] Je pense que j'ai une assez bonne résilience, que je peux faire le plus possible pour mes patients au travail, mais quand je sors, je reprends ma vie. » - Participante 3

« Au début, oui je trouvais ça quand même difficile. C'est sûr que je trouvais ça triste, il y a de plus en plus de jeunes qui nous arrivent avec des idées suicidaires ou de la consommation de drogue. [...] Mais au fil du temps, tu te dis que ça fait partie aussi du métier, il faut être là pour démontrer notre soutien et nos compétences. - Participante 4

Enfin, le travail émotionnel est considérablement présent dans la profession des infirmières alors que les relations humaines sont au cœur de leur quotidien. Ainsi, il semble que certaines règles de sentiments se soient mises en place concernant la manière dont doivent être ressenties les émotions engendrées par le travail. Par exemple, pour certaines, il serait davantage professionnel d'éviter les débordements émotionnels devant les patients et d'instaurer une distance émotionnelle avec ceux-ci. Toutefois, ces règles de sentiments

nécessitent l'accomplissement d'un réel travail de gestion des émotions à l'interne, ainsi qu'à l'externe de la part des infirmières.

B. Les effets de l'identité professionnelle sur le travail gratuit (Proposition 1)

L'identité professionnelle des infirmières a un rôle considérable à jouer dans les manifestations du travail gratuit. En effet, leurs motivations pour la profession, les règles informelles et codes promus au sein de celle-ci, les valeurs professionnelles, le code de déontologie et l'éthique des soins, ainsi que le *care* sont tous autant d'éléments composants l'identité professionnelle des infirmières étant orientés vers le bien-être des patients et le dévouement de ces dernières à celui-ci. Toutefois, si l'identité professionnelle peut être associée à l'apparition d'un travail gratuit, c'est avant tout parce que trop souvent l'organisation du travail actuelle s'appuie sur celle-ci pour compenser ses lacunes. Ainsi, leur identité professionnelle entraîne les infirmières à s'engager fortement dans leur profession et à embrasser leur rôle même au-delà parfois de celui-ci. En outre, elles semblent adhérer et exécuter du travail gratuit sans que cela ne leur paraisse tellement choquant, puisqu'il est abordé avant tout comme un devoir moral et professionnel.

Ainsi, parmi les manifestations du travail gratuit, le don de soi correspond aux situations de travail où les infirmières effectuent des tâches non prescrites par l'organisation du travail. Au sujet de ces dépassements, les infirmières affirment en majorité qu'elles n'envisageraient pas de faire autrement notamment parce que le bien-être de leurs patients est souvent en jeu. En effet, le bien-être des patients fait partie des préoccupations premières des infirmières. En outre, il se révèle être l'une des principales motivations favorisant l'engagement dans la profession des infirmières. De plus, leur participation au bien-être des patients par les soins qu'elles leur procurent est la source d'un sentiment d'utilité fort important au sentiment de réalisation personnelle des infirmières.

Or, le don de soi ne se manifesterait pas seulement pour assurer le bien-être des patients parfois malmenés par l'organisation du travail, mais également pour pallier les problématiques

engendrées par celle-ci. En effet, les infirmières indiquent effectuer certains dépassements de leurs tâches prescrites parce qu'elles ne peuvent pas fonctionner avec la logique organisationnelle actuellement en place. Ainsi, elles ne se limiteront pas à la division prévue des tâches entre le personnel soignant. Elles effectueront les tâches d'autres parce qu'au final elles envisagent que tous font partie d'une grande équipe de travail ayant la même mission, celle de contribuer à la guérison des patients. À cet effet, l'identité professionnelle des infirmières révèle que la solidarité entre collègues est essentielle à la profession. En effet, celles-ci entretiennent généralement des liens particulièrement forts avec leur collectif professionnel alors que l'entraide et l'esprit d'équipe sont autant présents qu'importants dans leur travail quotidien.

Ainsi, il apparaît que si le don de soi se manifeste dans le travail des infirmières, c'est avant tout parce que l'organisation du travail engendre de trop fortes contraintes, lesquelles seront atténuées par l'identité professionnelle. Dans cette perspective, lorsque l'organisation du travail impose une carence quantitative d'infirmières nuisant à la qualité des soins et au temps accordé à chaque patient, ou encore lorsqu'elle suggère une séparation nette des tâches entre les membres du personnel soignant s'avérant toutefois peu réaliste compte tenu de la nature du travail, la socialisation professionnelle des infirmières fera en sorte que celles-ci choisiront de prioriser le bien-être de leurs patients.

Ensuite, la personnalisation du service des soins est une deuxième manifestation du travail gratuit alors que la pratique des infirmières nécessite une adaptation constante de leur approche aux différentes particularités de chacun. Cet aspect du travail des infirmières est peu visible, car il se joue dans la relation entre une infirmière et son patient. À cet effet, la personnalisation du service ne fait pas appel aux compétences techniques ou pratiques des infirmières, mais plutôt à l'humanité de leurs soins. Ainsi, ici c'est précisément par l'identité professionnelle des infirmières que cette manifestation du travail gratuit est possible. En effet, l'éthique des soins, le code de déontologie, le *care* et le travail émotionnel ont tous pour effet de transmettre aux infirmières la nécessité pour elles de porter attention à autrui ou du moins d'être préoccupées par l'autre.

En outre, si la personnalisation du service requiert que les infirmières prêtent une attention soutenue aux patients, c'est également ce que prône l'éthique de la profession par une pratique des soins qui devrait être empreinte de compassion. Depuis déjà bien longtemps, l'éthique de la profession a voulu que les soins soient accordés avec compassion pour la personne malade, c'est-à-dire que les soignantes soient en mesure de percevoir la souffrance chez leurs patients et ainsi d'y remédier. Les infirmières personnalisent donc leur service afin de pouvoir d'une part porter attention aux besoins physiques, mais surtout psychologiques, de chacun de leurs patients et d'autre part ajuster leurs soins ou leurs comportements au besoin.

De plus, le travail du *care* comme celui des infirmières signifie justement ce travail d'attention à l'autre. En effet, exercer une profession de *care* requiert notamment d'être en mesure de reconnaître les besoins chez autrui en faisant preuve d'attention, d'écoute et de sollicitude dans les soins. Ainsi, les besoins des individus ne sont pas tous les mêmes, de même que pour leur personnalité ou leurs préférences. À cet effet, le *care* sous-entend que les infirmières soient sensibles à ces différences. La personnalisation du service agit alors comme une manifestation de la présence du *care* dans le travail des infirmières, mais aussi de l'influence de leur identité professionnelle sur le travail gratuit.

Par ailleurs, la personnalisation du service fait également appel à une démonstration de sentiments d'empathie par les infirmières afin qu'elles soient en mesure de diffuser une image rassurante à leurs patients, mais sans pour autant être trop affectées par leur état. À cet effet, l'éthique des soins prône également l'empathie comme une attitude essentielle à la pratique des infirmières. En effet, celle-ci, en étant exercée auprès de personnes malades ou dans un état de vulnérabilité, demande aux travailleuses une grande capacité de compréhension de la situation des patients. C'est seulement dans ces conditions que les infirmières pourront pratiquer des soins réconfortants et chaleureux comme le prévoit l'éthique de leur profession. De plus, tant le code de déontologie que le travail émotionnel commandent aux infirmières la préservation d'une distance émotionnelle dans leurs relations avec les patients. Celle-ci permettrait, dans un premier temps, que les infirmières abordent une attitude davantage professionnelle, et dans un deuxième temps qu'elles ne soient pas envahies personnellement par la destinée des patients.

Ainsi, l'identité professionnelle des infirmières semble fortement associée à cette manifestation du travail gratuit qu'est la personnalisation du service.

Enfin, une troisième manifestation du travail gratuit s'exprime sous la forme de l'obligation morale. Celle-ci réfère à la charge mentale, émotionnelle et éthique découlant de la position occupée par les infirmières dans leur rôle professionnel. En effet, celui-ci serait teinté du rôle social féminin amenant dès lors les infirmières à outrepasser la frontière professionnelle et à s'investir personnellement au travail. L'identité professionnelle des infirmières influence certainement la présence d'une obligation morale alors que certaines valeurs professionnelles et même parfois l'éthique des soins encouragent le dévouement des infirmières aux personnes malades. Cependant, l'influence de l'identité professionnelle sur cette manifestation du travail gratuit n'est que partiellement validée. En effet, certaines composantes, dont le code de déontologie, viennent prévenir ce surplus d'investissement personnel au travail. De plus, il semble également que l'organisation du travail encouragerait fortement la disponibilité personnelle des infirmières à leurs patients. À cet effet, l'organisation du travail pourrait favoriser la présence d'une obligation morale pour les infirmières se manifestant en travail gratuit.

Ainsi, l'obligation morale ferait en sorte que certaines infirmières peuvent expérimenter un sentiment de culpabilité envers les patients, par exemple, lorsqu'elles savent que leurs soins seront affectés par le manque de personnel ou encore face aux attentes formulées par ceux-ci. Cette charge mentale que portent les infirmières pourrait être influencée notamment par les valeurs véhiculées au sein de la profession, ainsi que par l'éthique des soins, qu'elles intérioriseront par leur identité professionnelle. En effet, parmi les valeurs professionnelles, il semble que les soins devraient être empreints de sensibilité, de patience, mais surtout d'amour pour les patients. L'éthique entourant la pratique des infirmières prône également des traitements aux patients suivant ces mêmes valeurs. À cet effet, le fait que les patients manquent de bons soins ou encore que ceux-ci soient négligés par manque de personnel entre en contradiction avec certaines composantes de l'identité professionnelle des infirmières. Ainsi, ce conflit interne que peuvent vivre certaines infirmières est tout à fait susceptible de conduire à une obligation morale pour le travail gratuit. Quant aux attentes formulées ou non

par les patients, il semble probable que l'éthique des soins en véhiculant que la générosité et le dévouement soient nécessaires à la pratique des infirmières engendre un certain conformisme de celles-ci au dépassement de leur rôle professionnel en adoptant une posture davantage familière avec les patients.

Toutefois, d'autres composantes de l'identité professionnelle des infirmières s'opposent à cet investissement personnel dans le travail, c'est le cas notamment du code de déontologie. En effet, celui-ci évoque que les infirmières se doivent de conserver une distance émotionnelle et professionnelle dans leurs relations avec les patients. Ainsi, ceci explique donc que certaines infirmières refusent d'adopter une posture trop familière avec les patients même si ceux-ci entretiennent des attentes à cet égard. Enfin, l'organisation du travail joue encore une fois un rôle dans la manifestation de l'obligation morale. En effet, il semble que celle-ci soit conçue sur l'idée d'un engagement illimité et donc d'un dévouement des infirmières pour leur travail et leurs patients. Ainsi, les gestionnaires de la santé s'appuieraient sur l'identité professionnelle des infirmières pour limiter les effets de la pénurie du personnel soignant. À cet effet, l'organisation du travail semble également responsable de l'apparition d'une obligation morale pour les infirmières.

En somme, notre proposition 1 souhaitait vérifier l'association entre l'identité professionnelle des infirmières et les manifestations du travail gratuit. Nos résultats montrent que de manière générale l'identité professionnelle favorise l'apparition du travail gratuit fortement dans le cas de la personnalisation du service, mais partiellement dans les cas du don de soi et de l'obligation morale. En effet, concernant ces deux dernières manifestations du travail gratuit particulièrement, il semble que l'organisation du travail actuelle pousserait les infirmières à pratiquer dans un contexte ne leur permettant pas d'être en accord avec l'éthique de leur profession. En effet, plus d'une fois, les infirmières ont affirmé quitter leur quart de travail sans qu'elles ne puissent se sentir accomplies justement parce qu'on leur imposait de pratiquer d'une manière qui ne leur permettait ni de prendre soin des patients comme elles le voudraient ni de laisser les dossiers à leurs collègues comme elles le devraient. Dans ces cas, l'organisation du travail forcerait les infirmières à agir en dépit de leur identité professionnelle, en réaction à ces situations de travail insoutenables. Ainsi, une part du don de soi, ainsi que de

l'obligation morale et donc du travail gratuit serait l'effet de ces contraintes organisationnelles. Toutefois, une autre part serait également l'effet d'une identité professionnelle encourageant les infirmières à se dévouer à leur profession, mais aussi à se soucier de l'autre. Ce dévouement pousserait donc certaines infirmières à s'investir outre mesure dans leur profession soit en franchissant la barrière de leur rôle professionnel, soit en abordant une posture personnelle au travail. Enfin, quant au souci de l'autre, celui-ci n'entrerait pas en contradiction avec les limites professionnelles, mais c'est en jouant dans la sphère relationnelle, quasi intime, de la profession, qu'il devient un travail gratuit.

C. Les effets de l'identité professionnelle sur l'obligation de disponibilité implicite (Proposition 2)

L'association entre l'identité professionnelle des infirmières et l'obligation de disponibilité implicite est partiellement confirmée par nos résultats. En effet, il semble que l'identité professionnelle puisse encourager un certain conformisme chez les infirmières, particulièrement lorsqu'elles débutent dans la profession, aux règles professionnelles relatives notamment à des normes temporelles de disponibilité ou d'investissement au travail. De plus, cette identité professionnelle semble également favorable à la création d'une solidarité et d'un esprit d'équipe entre les infirmières favorisant l'acceptation de celles-ci aux réalités de l'obligation de disponibilité. Cependant, ici encore, l'organisation du travail s'avère fortement impliquée dans l'obligation de disponibilité implicite des infirmières, puisqu'elle entraîne un important manque de temps, ainsi qu'une surcharge de travail forçant la disponibilité des professionnelles jusqu'en dehors de leur temps de travail.

Dans un premier temps, une obligation de disponibilité apparaît se manifester lors des périodes de pauses-repas des infirmières. En effet, les participantes témoignaient se sentir contraintes, souvent par leur charge de travail, à rester sur leurs lieux de travail ou même parfois à leur poste de travail durant leur pause-repas parce qu'elles écourteront leur temps de pause ou encore parce qu'elles effectueront certaines tâches cléricales tout en prenant leur pause. De plus, à certaines occasions, il arrive que le temps alloué pour la pause-repas ou la responsabilité d'une pagette ou d'un téléphone pour les cas d'urgence retiennent implicitement

les infirmières sur les lieux de travail durant leur temps personnel. À cet effet, les infirmières sont susceptibles de vivre une obligation de disponibilité, alors qu'elles resteront à proximité et facilement accessibles en cas de besoins. Ainsi, nombreuses sont les infirmières qui seront implicitement obligées d'être disponibles durant une période qui appartient à leur temps de vie personnelle.

En outre, dans la plupart des cas où les infirmières affirmaient écourter leur pause-repas, la surcharge de travail était invoquée comme explication. En effet, l'organisation du travail actuelle des infirmières est affectée par un important manque de personnel, ainsi qu'un alourdissement des cas et donc une intensification générale de la tâche. Ainsi, peu importe le contexte de leur département ou service respectif, les infirmières ont souvent de la difficulté à remplir toutes leurs tâches dans leur quart de travail. Toutefois, la particularité de leur travail ne leur permet pas de reporter au lendemain ce qu'elles n'auront pas pu faire aujourd'hui. À cet effet, elles seront obligées de trouver le temps de faire ces tâches au risque de nuire au bien-être des patients. Les infirmières utilisent donc leur temps de pause-repas pour travailler, car autrement elles ne pourraient accomplir l'ensemble de leurs tâches.

De plus, quelques infirmières ont relevé être à l'occasion disponibles lors de leur pause-repas notamment celles qui décideront de conserver la pagette ou le téléphone pour les urgences. Toutefois, cette mise en disponibilité n'est pas en principe requise par l'organisation du travail, mais le serait plutôt par les règles informelles. En effet, il existerait certaines règles ayant une incidence sur les rapports des infirmières entre elles. À cet effet, ces règles pourraient également orienter les choix des infirmières d'adopter certains comportements de disponibilité plaidant en faveur d'un grand investissement. Ainsi, plusieurs infirmières affirment par exemple se sentir coupables face à leurs collègues si elles n'acceptent pas de se conformer à ces normes de disponibilité. Une infirmière n'ayant pas formellement à rester à son poste de travail durant sa pause-repas, et ce même si elle est en charge cette journée-là, ressentira une pression en ce sens parce qu'elle ne voudra pas en faire moins que ses collègues. Par ailleurs, le manque d'expérience des jeunes infirmières ferait en sorte que celles-ci seront moins enclines à briser ces normes de disponibilité parce que les règles informelles sont fondées sur un rapport de maître-apprenti entre les infirmières plus âgées et celles plus jeunes. Les jeunes

infirmières ne se sentiront donc pas dans une position d'affirmation et accepteront les normes temporelles déjà en place. Les périodes des pauses-repas se retrouvent donc à être souvent des moments où les infirmières seront disponibles, soit parce qu'elles n'auront pas le choix de travailler, soit parce qu'il est commun de faire ainsi.

Dans un deuxième temps, le temps alloué aux périodes de chevauchement entre les quarts de travail permettant aux infirmières de passer le relais de leur travail aux suivantes s'avère souvent insuffisant. À cet effet, plusieurs infirmières sont obligées d'être disponibles en dehors de leurs heures de travail parce qu'elles n'envisagent pas de quitter sans avoir transmis toutes les informations sur les dossiers à la prochaine infirmière. De plus, l'organisation du travail ne semble pas toujours tenir en compte le nombre important de patients soignés par les infirmières et la lourdeur des dossiers de chacun. Ainsi, il semble que la manière dont est organisé actuellement le transfert des dossiers durant le chevauchement entre les quarts oblige les infirmières à être disponibles au-delà de cette période. Par ailleurs, l'identité professionnelle pourrait jouer un rôle dans cette obligation de disponibilité alors que les infirmières considèrent devoir rester pour préserver le bien-être des patients.

Actuellement, l'organisation du travail alloue une période de quinze minutes où les quarts de travail des infirmières se chevaucheront afin que celles terminant puissent transmettre les dossiers concernant les patients à celles prenant leur relève. Toutefois, selon les infirmières, la manière dont est organisé le transfert des dossiers, ainsi que le temps réservé à cette période les obligent à rester au-delà de leur temps de travail. En effet, il semble que les infirmières ont fréquemment à transmettre des informations à plusieurs infirmières différentes les obligeant à patienter parfois entre chacune puisque celles-ci devront également rencontrer plus d'une seule infirmière. De plus, les dossiers des patients sont parfois complexes et nécessitent donc un certain temps aux infirmières afin qu'elles puissent transmettre toutes les informations à leurs collègues. Ainsi, il semble que les chevauchements de quarts puissent difficilement se faire dans une période limitée à quinze minutes, puisque le processus nécessite que les infirmières rencontrent plusieurs personnes à la fois et que le temps qu'elles devront accorder à chaque dossier variera grandement. Par ailleurs, il est possible que des infirmières arrivent en retard à leur quart de travail. À cette occasion, l'organisation actuelle des chevauchements de quarts, ne

prévoyant aucune mesure alternative, force les infirmières à rester disponibles jusqu'à l'arrivée de leur remplaçante.

Ainsi, si la période des chevauchements de quarts oblige souvent les infirmières à être disponibles en dehors de leur temps de travail parce que l'organisation du travail engendre de telles conséquences, il semble que l'identité professionnelle pourrait faciliter l'acceptation de celles-ci à l'obligation de disponibilité. En effet, plusieurs infirmières expliquent rester au-delà de leur quart de travail parce qu'il est crucial selon elles de transmettre les bonnes informations aux prochaines infirmières alors que le bien-être de leur patient est en jeu. Elles considèrent comme une obligation professionnelle le fait de devoir rester au travail tant et aussi longtemps qu'une autre infirmière n'aura pas pris le flambeau. Enfin, il est possible de penser que c'est par leur éthique professionnelle que les infirmières sont conduites à vouloir assurer le bien-être des patients jusqu'au bout, puisque c'est avant tout pour la sécurité des patients que les infirmières affirment être obligées de rester disponibles. Enfin, il demeure que dans le cas des chevauchements de quarts, l'obligation de disponibilité est avant tout liée à l'organisation du travail.

Dans un troisième temps, les demandes pour les heures supplémentaires présentent souvent une forme implicite d'obligation de disponibilité pour les infirmières parce que le caractère volontaire serait plutôt illusoire. En effet, il semble que les infirmières concéderaient davantage aux temps supplémentaires parce qu'il est une réalité de leur profession que pour toute autre raison. Ainsi, l'identité professionnelle serait fortement associée à l'adhésion des infirmières à cette norme de disponibilité temporelle prenant la forme du temps supplémentaire. En outre, les règles informelles, ainsi que la solidarité entre collègues expliquent toutes deux bien souvent le consentement des infirmières à faire plus d'heures que prévu.

Ainsi tout comme pour l'obligation de disponibilité lors des périodes de pauses-repas, il semble que les règles professionnelles informelles inciteraient fortement les infirmières à accomplir des heures supplémentaires. En effet, certaines participantes mentionnaient ressentir un sentiment de culpabilité si elles ne répondaient pas positivement aux demandes pour les

heures supplémentaires. De plus, quelques-unes soulevaient que leur manque d'expérience professionnelle les rendait souvent inconfortables à refuser de se soumettre à ce temps supplémentaire. Or, les règles informelles de la profession encourageraient précisément les infirmières à adopter certains comportements associés à davantage de disponibilité. De plus, ces règles seraient transmises généralement par les infirmières déjà en place depuis plusieurs années. À cet effet, une pression serait engendrée par les règles auxquelles semble consentir l'ensemble des professionnelles ce qui pourrait favoriser l'acceptation par les plus jeunes infirmières, mais également par toutes les autres, de la réalité du temps supplémentaire.

Par ailleurs, la proximité existant entre les infirmières sollicitant pour le temps supplémentaire et les infirmières sollicitées pourrait faire augmenter le conformisme de ces dernières alors qu'elles se sentiraient coupables de refuser. En effet, plusieurs infirmières affirment accepter de faire des heures supplémentaires par solidarité avec les assistantes, ainsi qu'avec leurs collègues puisqu'elles sont conscientes des difficultés pouvant affecter leurs collègues lorsqu'il manque de personnel. À cet effet, la solidarité entre collègues est particulièrement importante pour les infirmières qui comptent les unes sur les autres pour faire face notamment aux difficultés organisationnelles. Ainsi, il apparaît que l'esprit d'équipe existant entre les infirmières pourrait encourager en quelque sorte l'obligation de disponibilité des infirmières aux heures supplémentaires.

En somme, notre proposition 2 souhaitait vérifier l'association entre l'identité professionnelle des infirmières et leur propension à accepter de se mettre en disponibilité hors de leur temps de travail ou pour les heures supplémentaires. Selon nos résultats, cette proposition ne peut être confirmée qu'en partie alors qu'il semble que l'organisation du travail ait un grand rôle à jouer dans l'obligation de disponibilité implicite. En effet, en ce qui concerne les périodes de pauses-repas, l'organisation du travail engendrerait une surcharge et un alourdissement de la tâche des infirmières les obligeant à empiéter sur leur période de repas pour pouvoir terminer leur quart de travail à l'heure convenue. De plus, concernant les périodes de chevauchement de quart, l'organisation du travail aurait encore ici un rôle important à jouer dans l'obligation des infirmières de rester au-delà de cette période. En n'accordant qu'une période fixe de quinze minutes aux infirmières pour la transmission des dossiers des patients, les infirmières se

retrouvent souvent obligées d'être disponibles après leur quart de travail parce qu'elles n'auront pas pu terminer de donner toutes les informations à celles qui prendront leur relève. Cependant, l'identité professionnelle permet également d'expliquer la présence d'une obligation implicite de disponibilité. Ainsi, les règles informelles, la solidarité entre collègues, mais aussi l'éthique professionnelle sont tout autant d'éléments qui encouragent l'adhésion des infirmières aux normes temporelles de disponibilité promues au sein de la profession. Les règles informelles de la profession ont démontré avoir un impact sur les comportements des infirmières, alors qu'elles encouragent un grand investissement de leur part pour leur profession. Les jeunes infirmières entrant dans le milieu se sentiront alors bien souvent obligées d'être davantage disponibles pour ne pas en faire moins que les autres. À cet effet, la solidarité entre infirmières est également présente dans le milieu, car leur travail ne pourra se faire individuellement, mais bien avec l'aide de toute une équipe. Cette solidarité incite donc les infirmières à répondre aux demandes pour les heures supplémentaires. Enfin, l'éthique professionnelle fait en sorte que les infirmières ne se sentiront pas confortables de quitter sans avoir transmis toutes les informations nécessaires à celles qui prendront la relève de leur quart de travail.

Chapitre IV - Discussion

Dans ce quatrième et dernier chapitre, nous verrons à la discussion des résultats obtenus dans notre analyse. Ceux-ci seront interprétés en fonction de nos objectifs de recherche se décomposant en deux temps: d'abord, nous cherchions à illustrer une variété de manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité (A), puis à évaluer par nos propositions de recherche l'incidence de l'identité professionnelle sur ces manifestations trouvées (B). Ensuite, nous ferons également un retour sur le rôle de l'organisation du travail, puisque celle-ci semble avoir un impact particulièrement important sur les résultats dévoilés (C). Enfin, nous aborderons les limites de cette recherche (D), ainsi que les possibilités futures de recherche (E).

A. Retour sur les manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité

Notre premier objectif de recherche visait à nous permettre d'identifier les manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité au sein du travail des infirmières dans le secteur public de la santé et des services sociaux au Québec. Cet objectif de recherche était intimement lié à nos propositions de recherche, puisque c'est à partir des manifestations qui ont été trouvées que nos propositions ont pu être validées. Ainsi, nous interpréterons dans un premier temps nos résultats quant aux manifestations du travail gratuit (i) et dans un deuxième temps nos résultats quant à l'obligation de disponibilité (ii).

i. Les manifestations du travail gratuit

L'intérêt de cette recherche pour les manifestations du travail gratuit provient d'abord du type de service produit par les infirmières, soit leur exercice d'un métier du *care*. En effet, selon la littérature consultée, la production des services dans les domaines du *care* a toujours eu pour enjeu la reconnaissance des compétences. Ainsi, le concept du travail gratuit tel qu'il a été envisagé dans notre recherche avait pour but de rassembler les différentes situations où le travail des infirmières et les compétences qu'il nécessite, allaient manquer de reconnaissance.

En ce sens, le traitement du concept du travail gratuit fait dans cette recherche se voulait avant tout exploratoire avec l'idée de rassembler l'ensemble des formes que pourrait prendre le manque de reconnaissance. En outre, la littérature utilisée a mis en évidence trois situations où les compétences des infirmières versaient dans le travail gratuit, soit le don de soi, la personnalisation du service et l'obligation morale. Par ailleurs, nos résultats de recherche ont permis d'ajouter deux autres situations de travail à cette première catégorisation des manifestations du travail gratuit.

Dans un premier temps, nos résultats sur le don de soi indiquent que le travail des infirmières principalement par l'abondance de ses relations humaines laisse place à du travail non prescrit prenant la forme de divers dépassements dans les tâches. Ceux-ci s'expliquent dans la majorité du temps par le contexte organisationnel, mais également par le savoir-être des infirmières. À cet effet, Côté (2013) avançait que les intervenantes dans le secteur de la santé se retrouvent actuellement à devoir bien souvent arbitrer entre elles selon les circonstances, le contexte et le jugement professionnel, les comportements appropriés, puisque les organisations n'arriveraient pas à coordonner leur travail de façon efficiente. Nos résultats appuient les propos de l'auteure alors que les infirmières choisissent d'effectuer les tâches de leurs collègues soignantes, mais non infirmières, et même parfois du personnel non soignant, parce que les circonstances se présentent ainsi ou que le contexte de travail s'y prête.

De plus, Cognet (2002) affirmait que c'est par le contexte social dans lequel exerce les soignantes que les dépassements de tâches surviennent puisque la rationalité gestionnaire ne peut pas totalement faire fi du caractère humain et donc imprévisible de la pratique. À cet effet, les résultats montrent que les infirmières ne peuvent pas toujours s'en tenir à la division des tâches entre le différent personnel soignant à l'hôpital. Ainsi, il leur arrive fréquemment de se retrouver face à un patient ayant, par exemple, besoin d'aller aux toilettes ou même ayant besoin de changer de sous-vêtement. Dans ces moments, même si l'organisation du travail prévoit que ces tâches reviennent aux préposés, les infirmières affirment ne pas pouvoir laisser les patients attendre alors que les préposés sont bien souvent eux aussi surchargés et prendront parfois trente minutes pour répondre aux demandes des patients.

Par ailleurs, concernant les infirmières à domicile, Cognet (2002) ajoutait que les dépassements prenaient souvent la forme de prolongements de la visite au-delà des soins formels. Parmi les infirmières rencontrées travaillant ou ayant par le passé travaillé dans un contexte de visites des patients à domicile, celles-ci confirmaient faire des tâches qui dépassaient leurs fonctions professionnelles, même si pourtant elles envisageaient ces tâches comme pouvant rejoindre leur rôle. Pour elles, le fait d'aider un patient à se vêtir ou de l'aider à se faire un café n'est pas forcément une tâche incompatible avec leur rôle d'infirmières, puisqu'elles cherchent avant tout le bien-être de celui-ci. Toutefois, nos résultats montrent également un écart entre ces tâches non professionnelles. En effet, certaines infirmières affirmaient s'en tenir à des services directs aux patients (comme pour les exemples cités ci-haut), alors que d'autres infirmières affirmaient rendre des services peu importe qu'ils soient liés ou non au bien-être direct de leurs patients. Ainsi, à la lumière de nos résultats, il semble que le contexte du service à domicile amène les infirmières à effectuer des dépassements de leur rôle, et ce, sans que l'organisation du travail n'y soit ici reliée.

En effet, Lallement (2007) souligne que c'est surtout le savoir-être des infirmières sous-entendu dans l'éthique des soins qui influencerait leurs dépassements spontanés. En ce sens, nos résultats s'accordent avec les propos de l'auteur tant dans le cas des infirmières exerçant en milieu hospitalier que pour celles pratiquant ou ayant pratiqué à domicile. Suivant les propos des infirmières rencontrées, le bien-être des patients est avant tout ce qui les motive, et ce peu importe leur milieu de travail, à effectuer des tâches qui ne sont pas nécessairement les leurs. Ainsi, comme le suggère Cognet (2002), le dépassement des tâches est souvent réalisé en réponse à la demande du client. À cet effet, les infirmières répondront positivement aux demandes de leurs patients mêmes sans que cela ne soit nécessairement prévu dans leurs descriptions de tâches parce qu'elles trouvent illogique de faire autrement, mais également parce qu'elles y voient la preuve d'un manque de savoir-être.

Enfin, si les défaillances actuelles sur le plan de l'organisation du travail pouvaient favoriser la présence du dépassement des tâches chez les infirmières, celles-ci ne permettent pas d'expliquer la présence du don de soi. Ceci confirme les propos de Lallement (2007) lorsqu'il affirmait que c'est avant tout par le savoir-être et l'éthique des infirmières que l'apparition du

don de soi dans la relation de service était possible. En effet, nos observations chez les infirmières pratiquant ou ayant pratiqué à domicile permettent de penser que les défaillances dans l'organisation du travail n'expliquent pas à elles seules le dépassement des tâches, bien au contraire. À cet effet, nos résultats concordent donc avec les propos des auteurs (Cognet, 2002; Lallement, 2007; Dussuet, 2011) cités dans notre revue de la littérature.

Dans un deuxième temps, nos résultats montrent l'incidence de la personnalisation du service des infirmières dans les manifestations du travail gratuit. En effet, selon Lallement (2007), le travail de *care* ne pourrait pas se limiter à une seule description objective, technique ou programmée à l'avance des gestes à poser. La présence presque constante d'une autre personne dans le travail requiert une attention chez l'infirmière de ses gestes et comportements, puisqu'elle devra les adapter aux besoins émis par le patient face à elle. À cet effet, nos résultats suggèrent que la personnalisation du service fait appel à des compétences interpersonnelles que devront nécessairement détenir les infirmières dans la réalisation de leur travail.

Ainsi, Dussuet (2011) affirme que le service personnalisé implique de tenir compte de son effet sur le destinataire, non seulement d'agir en prêtant attention aux réactions de celui-ci, mais aussi de rectifier continuellement son approche. À cet effet, les propos des infirmières montrent que celles-ci doivent continuellement tenir compte de la personne réceptrice des soins, car les besoins des patients ne sont pas tous les mêmes. Pour les infirmières, il apparaît clair qu'elles ne peuvent pas soigner d'une manière égale tous leurs patients, c'est-à-dire qu'elles doivent adapter leur approche selon la condition, mais aussi la personnalité de ceux-ci. Par exemple, certains patients préféreront être seuls le plus possible, d'autres au contraire requerront presque continuellement l'attention de l'infirmière. Ainsi, selon la détresse, la maladie et les besoins réels des patients, les infirmières devront être en mesure de comprendre les besoins individuels et ainsi d'adapter en continu leur approche et leurs soins.

Par ailleurs, selon Lallement (2007), le travail relationnel nécessite de savoir tenir une certaine distance émotionnelle avec les patients, car autrement la charge mentale du travail deviendrait trop lourde pour les soignantes. De plus, selon Benelli et Modak (2010), il importe pour les

infirmières de savoir réguler leurs propres émotions lorsqu'elles interviennent, puisqu'elles ont pour rôle de diffuser une image rassurante. À cet effet, elles ne doivent pas être elles-mêmes affectées par le destin de leurs patients. Sur ce point, les participantes semblaient très conscientes de l'importance de leur contribution à un environnement qui soit rassurant pour les patients, alors qu'elles interviennent avec des personnes souvent démunies. De plus, la plupart d'entre elles assuraient maintenir une certaine distance émotionnelle, du moins lors de leurs interventions, parce qu'elles ne considéraient pas professionnel de se laisser envahir par les émotions devant les patients. Ainsi, nos résultats montrent l'importance de la présence de sentiments d'empathie au sein de la personnalisation du service afin d'une part que les infirmières ne portent pas personnellement le fardeau de leur travail, et d'autre part que les patients puissent recevoir des soins qui soit rassurants et professionnels.

Enfin, la personnalisation du service des soins implique une grande charge mentale, soit celle d'intégrer en continu les répercussions sur l'autre du travail accompli (Dussuet, 2011). À cet effet, les résultats montrent que le travail des infirmières fait appel à des compétences interpersonnelles, puisque leurs tâches de soignantes ne pourront certainement pas être réalisées seulement à partir de leurs compétences techniques. Ainsi, la personnalisation du service de soins oblige à porter une attention soutenue au patient afin que l'approche employée lors des interventions concorde avec les besoins de celui-ci. En outre, la personnalisation du service implique également la diffusion d'une image rassurante pour le patient par les infirmières requérant alors la préservation d'une distance émotionnelle lors des soins.

Dans un troisième temps, nos résultats appuient en bonne partie la littérature portant sur les obligations morales qui pèsent sur les infirmières dans leur travail. D'abord, il semble que le modèle des soins reposerait sur un engagement illimité des infirmières alors que celles-ci affirment ressentir certaines exigences relatives à leur dévouement pour leur travail. En effet, les attentes véhiculées tant par certains patients que par l'employeur sur le travail des infirmières montrent bien les valeurs qui sous-tendent actuellement le modèle des soins, soit la générosité et la bienveillance. Par ailleurs, en s'appuyant sur un tel modèle, l'organisation du travail fait non seulement porter une lourde charge aux infirmières, mais pourrait nuire à la reconnaissance d'un *care* professionnel.

Dans leurs écrits, Meagher (2006), Cognet (2002) et Dussuet (2011) rapportent que le modèle de l'amour familial qui sous-tend le travail du *care* pourrait rendre invisible les compétences réellement mobilisées par les travailleuses du secteur. De plus, elles ajoutent que ce modèle pourrait induire certaines obligations morales sur lesquelles reposerait le travail des infirmières, mais également leur relation avec la clientèle. À cet effet, les propos des participantes permettent de soutenir la présence d'une posture familiale dans leur rôle professionnel alors qu'elles le comparent parfois à celui d'une mère. Cette posture à la fois maternelle et féminine induite par le rôle d'infirmière ajouterait une pression, celle de sauver le monde, d'être parfaite ou de vouloir aider quiconque. Ainsi, nos résultats appuient les propos de Dussuet (2011) affirmant que par la position occupée par les femmes dans la sphère privée, c'est donc à celles-ci que revient principalement l'obligation sociale de donner, l'injonction d'aider les autres.

En outre, Meagher (2006) ajoute que les obligations morales sur lesquelles repose le travail des soignantes auraient un impact sur le jugement des patients quant aux soins reçus. Ainsi, l'auteure avance que les individus entretiendraient l'idée que les relations engendrées dans le cadre des soins devraient être connotées du même amour que celui régnant au sein de la famille. Nos résultats ne peuvent cependant que confirmer partiellement les propos de l'auteure. En effet, si nous ne pouvons pas démontrer sur quelle base sont réellement construites les relations entre les professionnelles et leurs patients, nous trouvons tout de même au sein des comportements de ceux-ci des attentes irréalistes quant à l'engagement attendu des infirmières. En effet, celles-ci témoignent d'une exigence relativement élevée de la part des patients qui, parce qu'ils sont malades, s'attendraient à une plus grande disponibilité de leur part. De plus, les patients plus âgés ne feraient pas nécessairement la différence entre le rôle actuel des infirmières et celui passé des gardes-malades. À cet effet, ces patients semblent attendre des infirmières qu'elles adoptent un rôle qui n'est plus le leur. Or, Meagher (2006) envisage qu'il n'est pas réaliste de s'attendre à un engagement aussi impliquant de la part des soignantes, car le travail rémunéré du *care* n'implique pas normalement cette forme de disponibilité illimitée propre à la sphère privée.

Par ailleurs, nos résultats illustrent que les patients ne sont pas les seuls à entretenir des attentes irréalistes envers les infirmières. En effet, les gestionnaires contribueraient également à l'alimentation des obligations morales pesant sur les infirmières alors qu'ils leur demanderaient eux aussi un engagement très important. Afin de compenser les défaillances organisationnelles et le manque de personnel qui l'accompagne, les gestionnaires supposent des infirmières qu'elles sont disponibles pour leurs patients même en dehors de leurs heures de travail. Ainsi, ces résultats quant au rôle des organisations dans les obligations morales viennent s'ajouter aux propos des auteurs (Meagher, 2006; Benelli et Modak, 2010; Dussuet, 2011) dans notre revue de la littérature. Toutefois, Meagher (2006) mentionne tout de même que les organisations où le *care* est actuellement pratiqué ne permettent pas une vision plus professionnelle du *care* pour diverses raisons, mais notamment parce qu'il existe un manque de reconnaissance des demandes engendrées par le travail du *care*.

Enfin, sur les demandes engendrées par le *care*, nos résultats montrent que d'une manière générale les infirmières se sentiraient obligées de répondre aux attentes projetées tant par les patients que par les gestionnaires bien que leur statut professionnel ne le requiert pas. À cet effet, les infirmières n'hésiteraient que rarement à quitter leur posture professionnelle pour adopter une posture plus familière surtout si cela peut amener de meilleurs résultats dans les soins. Selon Cognet (2002), l'infiltration de la sphère domestique dans le travail professionnel pose toutefois problème puisqu'il permettrait de dissimuler les compétences des travailleuses. Ainsi, les obligations morales poussent les infirmières à un engagement hors normes propre à une autre sphère que celle du travail et par le fait même rend invisible une part de leur travail et des compétences qui sont mobilisées pour celui-ci.

Dans un dernier temps, nos résultats viennent exposer deux situations de travail non anticipées par la littérature bien qu'elles constituent toutes deux des manifestations de l'invisibilité du travail des infirmières. Ainsi, la première situation exposée est celle de la formation continue alors que le temps nécessaire pour l'effectuer n'est pas toujours reconnu par l'employeur. En effet, l'accomplissement des formations pourtant obligatoires est parfois laissé à la responsabilité des infirmières, qui doivent trouver le moment souvent sur leur temps de vie personnelle pour les réaliser. Selon nos résultats, cette situation était récurrente chez plusieurs

participantes et concernait tout autant des formations requises par leur employeur que par leur Ordre professionnel. Ensuite, la deuxième situation de travail gratuit non anticipée est celle relevant du fait d'arriver à l'avance sur le quart de travail. Ainsi, quelques participantes ont révélé qu'il était de coutume pour elles, mais aussi pour plusieurs de leurs collègues, d'arriver quelque quinze minutes plus tôt sur leur lieu de travail afin d'entamer leurs tâches, car cela facilitait notamment la transmission des dossiers entre les infirmières. Ce résultat illustre donc clairement une autre manifestation du travail invisible accompli par les infirmières n'ayant pas été recensée par la littérature.

En somme, nos résultats relatifs au travail gratuit permettent d'appuyer les propos des auteures (Cognet, 2002; Meagher, 2006, Dussuet, 2011;) citées dans notre revue de la littérature. Ainsi, il existerait vraisemblablement des situations où le travail des infirmières n'est pas pleinement considéré et où les compétences nécessaires à celui-ci sont rendues invisibles. Ce travail gratuit accompli par les infirmières se manifesterait alors sous trois formes qui sont celles du don de soi, de la personnalisation du service et de l'obligation morale. À cet effet, les catégories présentées dans la littérature ont été confirmées par nos résultats de recherche. Toutefois, ces manifestations du travail gratuit ne sont pas les seules que nos résultats ont permis de dévoiler. En effet, alors que notre premier objectif de recherche visait à illustrer une variété des manifestations du travail gratuit des infirmières, il semble que deux autres situations mises au jour par nos résultats de recherche viennent s'ajouter à notre catégorisation, soit celles de la formation continue et du fait d'arriver à l'avance. Ces situations de travail gratuit constituent par ailleurs une importante valeur ajoutée de notre travail, puisqu'elles permettent non seulement de répondre au premier objectif de cette recherche, mais également de faire connaître ce travail invisible.

Dans le prochain point, nous discuterons des résultats relatifs aux manifestations de l'obligation de disponibilité implicite.

ii. Les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite

Notre intérêt pour les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite a été alimenté principalement par les résultats proposés dans le mémoire de Bruno (2015) qui aborde une vision juridique de ce phénomène encore peu documenté. Dans ses travaux, Bruno met en lumière l'existence d'une obligation pour les travailleurs de différents secteurs d'emploi d'être disponibles en dehors de leur temps de travail, et ce, pour répondre notamment à des besoins organisationnels. Toujours selon l'auteure (2015), dans le secteur de la santé et des services sociaux, cette obligation de disponibilité se manifeste davantage sous une forme implicite, puisque les infirmières ne semblaient pas répondre à une commande directe de leur employeur. Ainsi, dans l'objectif de compléter ces travaux de Bruno (2015), nous voulions rendre compte d'une variété des manifestations de ce phénomène implicite chez les infirmières. Nos résultats permettent d'appuyer l'existence d'une obligation de disponibilité implicite pour les infirmières lors de trois moments particuliers, soit les périodes de pause-repas, les périodes de chevauchement de quarts, ainsi que lors des demandes pour le temps supplémentaire.

Dans un premier temps, en analysant la jurisprudence relative au secteur de la santé et des services sociaux, Bruno (2015) affirme qu'une obligation de disponibilité implicite semble se manifester le plus souvent lors des pauses-repas notamment parce que les infirmières souhaitent seconder leurs collègues en cas d'urgence. En effet, il semble que le manque de personnel expliquerait cette expression de solidarité entre les travailleuses. Nos résultats suggèrent que l'obligation de disponibilité peut, entre autres, être expliquée par un effet de solidarité entre infirmières surtout lors d'un manque de personnel. Ainsi, les infirmières sont conscientes que leur absence durant leur période de pause-repas pourra affecter leurs collègues particulièrement si celles-ci doivent prendre la charge des patients de l'infirmière en pause. À cet effet, elles choisissent parfois d'écourter leur temps de pause afin d'éviter une trop grande charge de travail pour leurs collègues. De plus, il peut également survenir que durant son quart de travail une infirmière soit en charge de répondre aux codes d'urgences, parce qu'elle aura une charge de patients moins lourde, par exemple. Ainsi, lorsqu'elle prend sa pause-repas, elle devrait normalement céder cette responsabilité à une collègue. Or, nos résultats montrent que

les infirmières, par sentiment de solidarité avec leurs collègues, préfèrent garder cette responsabilité même durant leur pause-repas et ce afin d'éviter qu'une autre infirmière se retrouve davantage surchargée.

Par ailleurs, selon la jurisprudence citée dans Bruno (2015), la nature du travail des infirmières devrait être prise en compte comme un facteur pouvant influencer la présence d'une obligation de disponibilité implicite. Sur ce point, nos résultats ne permettent pas de conclure à une influence de la nature du travail sur une obligation de disponibilité, mais il semble plutôt que ce soit la surcharge de travail qui explique la contrainte des infirmières à écourter leur pause-repas ou à travailler durant celle-ci. En effet, le contexte de travail actuel marqué par un manque de personnel, mais également par un alourdissement des cas impose une importante surcharge de travail aux infirmières qui ont peine à compléter toutes leurs tâches durant leur quart de travail. À cet effet, elles devront alors trouver le moyen de pallier le manque de temps pour accomplir malgré tout l'ensemble de leur travail, que ce soit en écourtant leur pause-repas ou encore en mangeant à leur poste de travail. De plus, si la surcharge de travail affecte de manière générale toutes les infirmières, celles en poste depuis peu de temps semblent d'autant plus affectées. En effet, les infirmières détenant moins d'expérience témoignaient davantage de difficultés dans la gestion de leur temps. Ainsi, par peur de manquer de temps ou de devoir terminer plus tard, les jeunes infirmières se retrouveraient plus souvent obligées d'être disponibles durant leur période de pause-repas.

En outre, Bruno (2015) ajoute que le temps alloué aux pauses-repas pourrait parfois expliquer une obligation de disponibilité implicite alors que les infirmières seraient contraintes de rester sur les lieux du travail. À cet effet, les infirmières restent en quelque sorte à la disponibilité de l'employeur puisqu'elles ne peuvent pas quitter l'établissement. Nos résultats suggèrent que cette réalité existe du moins pour une des infirmières rencontrées. En effet, celle-ci expliquait qu'avec seulement 45 minutes pour sa pause-repas, il lui était impossible de sortir à l'extérieur prendre son repas alors qu'elle devait durant ce temps enlever et remettre son uniforme de travail. Ainsi, relativement à la période de pause-repas, nos résultats corroborent l'existence d'une obligation de disponibilité implicite durant celle-ci pour les infirmières rencontrées.

Dans un deuxième temps, Lallement (2007) affirme que les infirmières assuraient gratuitement le relais entre les équipes de travail et que ceci faisait partie d'une entente implicite au sein de la profession. En effet, la FIQ a revendiqué la reconnaissance de ces périodes qualifiées de chevauchements entre les quarts jusqu'en 2010, année où cette reconnaissance a finalement été accordée à l'ensemble des infirmières et infirmières cliniciennes travaillant dans des centres de soins continus (FIQ, 2010). À cet effet, nos résultats montrent que tant les infirmières et infirmières cliniciennes représentées par l'organisation syndicale de la FIQ²¹, que celles représentées par la CSN²² reçoivent une rémunération équivalente à 15 minutes de travail pour la période de relais entre les travailleuses.

En outre, toujours en 2010, la FIQ affirmait que leur gain quant à la période de chevauchement permettait de rétablir une injustice vécue par les infirmières depuis toujours lors de la période de transition entre les quarts. Toutefois, nos résultats suggèrent qu'il existerait toujours un problème quant à la disponibilité demandée aux infirmières durant cette période. En effet, il semble que le temps alloué ne soit pas toujours suffisant pour que les infirmières puissent correctement et pleinement transmettre les informations à leurs collègues prenant la relève. Selon les propos des infirmières, le temps nécessaire serait grandement variable en fonction par exemple de la lourdeur des cas ou du nombre de patients soignés durant le quart de travail. De plus, toujours selon nos résultats, le processus actuel de transmission des dossiers ne faciliterait en rien le chevauchement des quarts alors que les infirmières devront transmettre les informations à plus d'une infirmière et qu'elles devront subir les retards des unes et des autres. En outre, les infirmières se voient obligées de rester disponibles au-delà de la période des 15 minutes afin de compléter la rotation des quarts.

Ainsi, nos résultats nous ont permis de mettre en lumière le fait que les périodes de chevauchement constituent toujours une problématique en matière d'obligation de disponibilité implicite pour les infirmières, et ce même si des mesures ont vraisemblablement été prises dans les dernières années afin de l'éviter. La période de temps reconnue n'étant toujours pas

²¹ Lettre d'entente no 16: Relative au chevauchement interquarts de travail pour certaines salariées

²² Lettre d'entente no 43: Relative au chevauchement interquarts de travail pour certaines personnes salariées

suffisante, il semble que les infirmières continuent à effectuer des séquences de travail non rémunérées (Lallement, 2007).

Dans un troisième temps, selon Bruno (2015), l'exécution d'heures supplémentaires selon les milieux découle d'une obligation de disponibilité sous-jacente lorsque certains facteurs organisationnels sont présents, tels que le manque de personnel, des contraintes marchandes ou une obligation de résultats. Ainsi, nos résultats suggèrent que dans le secteur de la santé et des services sociaux, le manque de personnel pourrait effectivement engendrer une pression autour de l'exécution d'heures supplémentaires. À cet effet, le caractère volontaire derrière les demandes pour les heures supplémentaires serait plutôt illusoire.

Ainsi, les salariés ont en réalité peu de pouvoir face aux demandes de temps supplémentaires (Bruno, 2015). En effet, les infirmières affirment se sentir souvent contraintes d'accepter les demandes d'heures supplémentaires parce qu'elles estiment ne pas détenir suffisamment d'ancienneté pour refuser ou encore parce qu'elles se sentent coupables pour l'infirmière en charge ou pour leurs collègues. Le sentiment de culpabilité est fréquent chez les infirmières sollicitées au temps supplémentaire et il est majoritairement exprimé envers les membres de l'équipe de travail si celles-ci souhaitent refuser la demande de temps supplémentaire (Bougie, 2007). À cet effet, quelques infirmières révèlent accepter davantage par solidarité avec leurs collègues que pour aider les gestionnaires à combler le manque de personnel.

Également, à propos du temps supplémentaire obligatoire (TSO), Bougie (2007) questionne l'ambiguïté du processus d'attribution de ces heures alors qu'elles seraient en premier lieu présentées comme volontaires avant de devenir obligatoires faute de suffisamment d'infirmières consentantes. Nos résultats suggèrent qu'actuellement dans le secteur de la santé et des services sociaux, le temps supplémentaire est utilisé afin de camoufler une réalité, celle de combler un important manque de personnel. Dans l'objectif de diminuer le recours au TSO, hautement mal perçu notamment par les organisations syndicales, les sollicitations pour le temps supplémentaire ont explosé et sont devenues communes à la réalité des infirmières. Toutefois, si l'obligation dans les demandes est moins explicite, ce temps supplémentaire s'avère tout autant coercitif, puisqu'il fait reposer sur les épaules des infirmières les

conséquences du manque de personnel. En effet, le recours aux heures supplémentaires n'est plus une mesure circonstancielle ou exceptionnelle, il est une pratique courante qui permet de contrer une pénurie (FIQ, 2010).

Enfin, selon Bougie et Cara (2008), il existe des ententes tacites entre collègues infirmières afin de diminuer les inconvénients engendrés par le temps supplémentaire obligatoire. Nos résultats permettent de soutenir l'existence d'ententes informelles, dans certains milieux de travail, entre collègues afin d'éviter que certaines soient forcées au TSO. Toutefois, il apparaît que ces ententes impliquent malgré tout une certaine obligation de disponibilité implicite pour les infirmières qui accepteront afin d'éviter cette tâche à une autre.

En somme, nos résultats relatifs à l'obligation de disponibilité montrent que le secteur de la santé et des services sociaux n'échappe pas au phénomène. En effet, nous avons mis en évidence aux moins trois situations dans le travail des infirmières où celles-ci ont à se rendre disponibles afin de répondre aux besoins organisationnels. Par ailleurs, il semble bel et bien que l'obligation se manifeste ici sous une forme implicite, c'est-à-dire qu'elle ne survient pas sous la commande formelle des gestionnaires. Enfin, que ce soit durant les périodes de pauses-repas, durant le temps du chevauchement entre les quarts, ou encore lors des demandes relatives aux heures supplémentaires, les infirmières seront implicitement contraintes à se rendre disponibles à leur travail.

B. Retour sur les propositions de recherche

Dans cette section, nous ferons un retour sur les deux propositions de recherches afin d'en interpréter les résultats.

Proposition 1: Une forte adhésion à son identité professionnelle en tant qu'infirmière est associée à une présence plus importante des manifestations du travail gratuit.

Nos résultats ont permis d'appuyer partiellement notre proposition 1. En effet, l'identité professionnelle des infirmières semble être associée à une plus grande propension pour le

travail gratuit. Toutefois, l'intervention d'une variable que nous n'avions pas prévu, celle de l'organisation du travail, sur le travail gratuit ne nous permet pas d'appuyer totalement notre première proposition. En outre, nos résultats suggèrent que la profession chez les infirmières prend notamment son sens dans l'une des premières définitions accordées à ce terme, soit celle de la vocation (Dubar, Tripier et Boussard, 2011). Cependant, la vocation n'est pas le seul élément qui influence la nature de l'identité professionnelle des infirmières aujourd'hui. En effet, les identités professionnelles contemporaines se développeraient également sous l'influence des nouvelles normes d'organisation du travail engendrant des comportements chez les individus qui les encourageraient non seulement à se surinvestir, mais aussi à répondre à certaines pressions sociales basées sur la reconnaissance (Dubar, Tripier et Boussard, 2011). À cet effet, selon nos résultats, l'identité professionnelle des infirmières, si elle encourage l'adoption du rôle et l'engagement dans la profession, encouragerait aussi une implication grandissante dans le travail. Cette réalité est appuyée, par ailleurs, par Osty et Uhalde (2007) qui au travers de leurs recherches sur les identités contemporaines ont constaté la place centrale désormais occupée par le travail dans la vie des individus.

Ainsi, quant au don de soi amenant les infirmières à dépasser leur rôle professionnel et à effectuer des tâches de surplus, leurs propos montrent qu'elles n'envisageraient pas de faire autrement. En effet, les infirmières, tous âges et services confondus, semblent s'accorder sur la nécessité de prioriser le bien-être de leurs patients. Cette cohésion entre les professionnelles serait symptomatique, selon Hugues (cité dans Dubar, 2002), du phénomène professionnel, qui entraîne le développement d'une même philosophie, de pensées et de significations communes qui auront été véhiculées et transmises par les professionnels dirigeant les formations. En effet, Beckers (2007) ajoute que dans les milieux de travail, les praticiens d'un même métier partageront des façons de faire, mais aussi de penser et de se comporter. Nos résultats confirmant alors la vision uniforme et consentie chez les infirmières d'une éthique des soins plaçant la personne malade au centre de toute action. Sur l'éthique des soins, Durand (2000) exposait ainsi que l'objectif des soignants toutes catégories confondues avait toujours été celui de se préoccuper de l'autre, de veiller à sa guérison et d'apaiser ses souffrances. À cet effet, il ajoutait que les soins relèvent depuis toujours d'une générosité qui peut être sans limites, du don de soi. Ainsi, les comportements des infirmières exposés dans nos résultats sur le don de

soi permettent de suggérer que ceux-ci sont le fruit d'une éthique des soins alors que celles-ci feront ce qu'il sera nécessaire pour assurer le bien-être de ceux qu'elles soignent.

En outre, il apparaît donc que le bien-être des patients se situerait au cœur de l'identité professionnelle des infirmières. De plus, selon nos résultats, leur participation à celui-ci leur procurerait un important sentiment d'utilité, qui deviendra pour elles ce qu'elles exprimeront comme un sentiment de réalisation personnelle. Sur ce point, nos résultats concordent avec le modèle identitaire du professionnel du service public développé par Osty et Uhalde (2007) alors que dans celui-ci l'emphase est avant tout mise sur l'apport de la relation entre le professionnel et l'usager du service. Dans ce modèle, les individus seraient portés à dépasser les attributions formelles de leur poste alors que la relation qu'ils développent avec les usagers est la source d'une réalisation personnelle (Osty et Uhalde, 2007). Par ailleurs, selon Dubar, Tripier et Boussard (2011), alors que les individus sont devenus progressivement maîtres de leur sentiment de réalisation, l'implication subjective dans le travail aurait augmenté. Ainsi, il est donc possible que les dépassements dans le don de soi ne soient pas seulement l'effet d'une éthique professionnelle des soins, mais qu'ils soient également le résultat d'une identité en quête d'utilité dans le travail permettant de s'y sentir réalisé.

Ensuite, nos résultats ont également démontré que la personnalisation du service était non seulement nécessaire et essentielle au travail des infirmières, mais qu'en plus elle était le fruit des particularités de leur identité professionnelle. Ainsi, dans un premier temps, Molinier *et al.* (2009) affirmaient que le travail de *care* se divise en quatre dimensions. L'une d'elles est celle du *caring about* que les auteurs envisagent comme la reconnaissance d'un besoin chez l'autre. Selon nos résultats, pour être en mesure de reconnaître les besoins individuels, les infirmières doivent porter attention à leurs patients, puisque chacun aura des besoins différents, mais surtout une manière différente de les exprimer. Afin donc de donner des soins personnalisés, elles doivent alors en plus de porter attention, veiller à ajuster leur approche et leurs comportements. À cet effet, le code de déontologie vient affirmer l'importance de la personnalisation des soins alors que dans sa promotion des valeurs professionnelles, il dicterait justement aux infirmières le devoir pour elles d'aborder une attitude et des gestes empreints d'humanité, qui permettront l'empathie et l'attention à l'autre (OIIQ, 2015).

En outre, Durand (2000) ajoute que l'éthique des soins implique une attitude sous-jacente à la pratique des soignantes, celle de la compassion et de la sollicitude. Ainsi, la compassion permet aux infirmières de percevoir la souffrance de leur patient et de vouloir y remédier. Toutefois, cette attitude empathique dont doivent faire preuve les infirmières quotidiennement engage une certaine charge émotionnelle. À cet effet, Soares (2011) affirmait que toutes les relations sociales impliquent nécessairement des émotions. De plus, Damasio (2002) ajoutait que les émotions ont un impact considérable sur le travail de tous, puisqu'elles influencent les processus de raisonnement et de prise de décision. Nos résultats montrent que les infirmières effectuent un travail conscient ou non de gestion de leurs émotions lorsqu'elles sont en face d'un patient ou sur les lieux du travail. De plus, de manière générale, elles considèrent comme peu professionnel d'exprimer des débordements émotionnels devant la clientèle même si cela n'est pas toujours si facile vu la nature de leurs interventions. À cet effet, elles effectuent un contrôle de leurs émotions afin de ne pas se laisser envahir par celles-ci. Ainsi, leurs propos appuient la théorie du travail émotionnel de Hochschild (2003) qui définit celui-ci comme l'acte par lequel les individus tentent de simuler ou dissimuler des émotions afin de les faire concorder avec les situations sociales. Ainsi, si la personnalisation du service requiert des infirmières le déploiement d'une approche adaptée par des comportements d'attention et d'écoute, celle-ci engendrera également un grand travail de gestion des émotions alors qu'elles entretiendront un contact forcément proximal avec leur clientèle.

Également, nos résultats ont confirmé qu'il existait une obligation morale dans le travail des infirmières relativement à leur disponibilité temporelle, mais aussi émotionnelle. Ainsi, selon Dubar, Tripier et Boussard (2011), l'identité des infirmières ayant toujours été associée à la féminité a été traitée comme une profession avant tout vocationnelle plutôt qu'experte, privilégiant la disponibilité à la compétence technique et les qualités féminines (savoir-faire relationnel, dévouement, capacité d'écoute) sur les qualités masculines. Sur ce point, nos résultats suggèrent que l'identité des infirmières est effectivement fortement teintée d'un genre, celui du féminin, alors que les attentes exprimées tant par les patients que par les gestionnaires démontraient l'ampleur du dévouement qui est encouragé de leur part. En effet, Perrot (cité dans Soares, 2011) assure que les métiers du *care* s'inscrivent en quelque sorte dans un

prolongement des fonctions naturelles, maternelles ou ménagères relevant a priori de la féminité. Ainsi, nos résultats laissent à penser que les infirmières adoptent parfois une posture maternelle dans leurs soins auprès des patients. De plus, prendre soin d'autrui implique une importante responsabilité face à la tâche (Molinier *et al.*, 2009). À cet effet, nos résultats montrent que les infirmières ressentiront un sentiment de culpabilité lorsque les soins de leurs patients sont affectés par les défaillances organisationnelles.

Toutefois, selon nos résultats, l'identité féminine n'expliquerait pas à elle seule la présence d'obligation morale. Ainsi, les valeurs promulguées dans la profession, mais aussi l'éthique des soins, sont favorables au dévouement des infirmières. En effet, Durand (2000) en présentant les valeurs morales promues historiquement dans l'éthique des soins mettait l'accent sur une générosité presque sans limites, un don de soi. Qui plus est, cette valeur semble toujours prônée au sein de l'actuel code de déontologie des infirmières alors que la générosité à l'autre fait partie de la définition du principe d'humanité mis de l'avant par cet outil professionnel (OIIQ, 2015). À ce propos, il serait normal que le code de déontologie continue de transmettre les valeurs fondamentales de la profession. De plus, selon le courant fonctionnaliste présenté par Dubar (2002), les professions forment des communautés unies autour de mêmes valeurs et de la même éthique de service. Ainsi donc, lorsque les patients ou les gestionnaires demandent aux infirmières d'être davantage disponibles, et ce peu importe la forme, il apparaît que celles-ci ne font que suivre ce qu'elles auront intégré par leur identité professionnelle.

Proposition 2: Une forte adhésion à son identité professionnelle en tant qu'infirmière est associée à une présence plus importante des manifestations de l'obligation de disponibilité implicite.

Notre proposition 2 a été confirmée partiellement par nos résultats. L'identité professionnelle des infirmières joue effectivement un rôle dans les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite. Cependant, tout comme pour le travail gratuit, les défaillances dans l'organisation du travail ont également une importante responsabilité dans les contraintes que vivent quotidiennement les infirmières. À cet effet, nos résultats ne pouvaient alors appuyer totalement notre proposition, puisqu'il semble que l'identité professionnelle agit avant tout afin

de pallier aux différentes problématiques engendrées par l'organisation du travail. Ainsi face aux difficultés organisationnelles, les infirmières semblent faire preuve d'une solidarité particulièrement forte. De plus, leur tendance au conformisme quant aux règles professionnelles informelles permet de soutenir les propos de Dubar (2002) lorsqu'il affirme que les professions structurées autour de règles, normes et codes de conduite seraient davantage susceptibles d'encourager la création d'identités collectives.

Dans un premier temps, nos résultats présentaient que les infirmières éprouvent de manière générale une surcharge de travail qui les oblige à rester disponibles sur leur temps personnel durant la période de pause-repas, parce que la nature de leur travail ne leur permettra pas de reporter au lendemain le surplus de travail. À cet effet, leur sentiment de responsabilité face à leurs patients alors qu'elles ne seront pas forcées à travailler durant leur période de pause-repas confirme les propos de Molinier *et al.* (2009). En effet, les auteures affirmaient que le travail du *care*, autrement dit le fait de prendre soin de quelqu'un d'autre, implique forcément une responsabilité face à la tâche.

De plus, selon certains cas, nos résultats illustrent que les infirmières se retrouvent parfois devant un dilemme lorsqu'elles sont en charge des cas urgents durant un quart de travail. En effet, elles devront inévitablement transférer cette responsabilité à une collègue durant leur période de pause-repas. Toutefois, il semble qu'elles choisiront souvent le contraire se mettant alors en disponibilité durant leur pause-repas. À cet effet, nous nous sommes aperçues que les règles informelles pouvaient avoir un impact sur la décision de ces infirmières. Ainsi, d'un côté, le discours des infirmières déjà en place encouragerait les autres à prendre leur repas sur les lieux du travail, et de l'autre côté, le manque d'expérience des plus jeunes rendrait celles-ci plus réticentes à s'opposer aux recommandations des infirmières expérimentées. Nos résultats appuient ainsi le modèle de construction des identités de Dubar (cité dans Beckers, 2007) alors qu'il explique que la socialisation relationnelle conduira les individus à s'identifier aux autres ou bien à s'en distancier. Toutefois, l'issue de cette décision les amènera ou bien à une reconnaissance sociale par les pairs ou bien à une non-reconnaissance. Ainsi, face à un sentiment de culpabilité d'en faire moins que les autres, les infirmières consentiraient à se mettre disponibles durant leur pause-repas.

Dans un deuxième temps, les résultats démontraient que le temps accordé par les conventions collectives pour la période de chevauchement entre les quarts était insuffisant et qu'à cet effet les infirmières devaient parfois se rendre disponibles en dehors de leur temps de travail. De plus, celles-ci n'envisageaient pas de quitter sans avoir transmis l'ensemble des informations aux infirmières prenant la relève de leur quart, car elles estimaient cela dangereux pour la santé de leurs patients. À cet effet, la présence déontologique suppose normalement que certains actes sont moralement bons alors que d'autres sont moralement prohibés (Lecompte, 2012). De plus, Renaud *et al.* (2013) ajoutent que la morale professionnelle qui chapeaute les actions des infirmières peut conduire à des tensions éthiques sur les comportements à adopter. Or, alors que d'une manière générale, aucune obligation formelle ne requiert des infirmières qu'elles restent au-delà de leur temps de travail afin de transmettre l'ensemble des informations, nos résultats prouvent que celles-ci considèrent comme un devoir professionnel ou un devoir moral de faire ainsi.

Par ailleurs, au-delà de la présence déontologique, il semble fort probable que l'éthique des soins encouragerait également les infirmières à rester disponibles après leur quart de travail rémunéré. En effet, l'éthique des soins indique que le rôle des soignants est notamment celui de préserver et de maintenir la vie humaine, ainsi que d'apaiser et de soulager les souffrances (Durand, 2000). Or, les infirmières sont conscientes que leur départ précipité pourrait nuire d'une part à la sécurité de leurs patients, mais également aux soins qui seront appliqués par celles prenant leur relève. Ainsi, selon nos résultats, les infirmières ne considèrent pas possible de quitter leurs fonctions avant la fin de la transmission des dossiers, et ce même si elles risquent d'empiéter sur leur vie personnelle.

Dans un troisième temps, nos résultats illustrent la présence d'une obligation de disponibilité implicite au sein des demandes concernant les heures supplémentaires. En effet, le caractère supposément volontaire de ces demandes a été démenti alors que nos résultats faisaient la preuve que les infirmières concèdent au temps supplémentaire davantage parce qu'elles adhèrent à des normes de disponibilité professionnelle, que pour toutes autres raisons. Ainsi,

les règles informelles inciteraient à l'accomplissement d'un nombre considérable d'heures supplémentaires.

À cet effet, certaines infirmières expriment une difficulté et un sentiment de culpabilité si elles se refusent aux demandes des personnes en charge. En effet, nos résultats montrent que la proximité existant entre l'infirmière en charge de combler le manque de personnel et celle sollicitée aux heures supplémentaires fait en sorte de contraindre cette dernière à accepter, soit par solidarité avec sa collègue, soit par remords dans le cas contraire. Ces sentiments ressentis par les infirmières sont justifiés par la nature de leur travail qui favorise le travail en équipe et l'entraide (Osty et Uhalde, 2007). Ainsi comme l'affirment les auteurs, cette caractéristique est donc plus que propice au développement d'une solidarité entre les infirmières, qui est par ailleurs typique au sein des professions. De plus, l'éthique professionnelle des soignantes ayant toujours été construite sur des valeurs telles que la générosité et le dévouement (Durand, 2000), il semble donc que ce soit sur ces mêmes valeurs que les règles, normes et codes de conduites professionnels se soient peu à peu construits. Enfin, ce sentiment de culpabilité serait également le fruit d'une opposition entre des conduites supportées par des morales différentes, celles professionnelles, personnelles et institutionnelles, qui orienteront les choix pris dans le cadre d'intervention au travail (Renaud *et al.*, 2013). Les heures supplémentaires dans le secteur de la santé et des services sociaux sont d'une manière générale effectuées directement après le quart de travail de huit heures et constituent un second quart de huit heures également. Ainsi, nos résultats suggèrent que les infirmières se retrouvent dans une position morale ambiguë lorsqu'elles sont sollicitées pour ces heures supplémentaires. En effet, d'un côté, l'institution souhaite d'elles qu'elles accomplissent ces heures pour combler d'importants besoins, d'un autre côté, la profession s'attend à un certain dévouement d'elles alors que d'un dernier côté, leur condition personnelle est tout sauf favorable à l'accomplissement d'un second quart de travail.

Ensuite, nos résultats laissent à penser que le manque d'ancienneté chez les infirmières en poste depuis peu de temps agit également comme un obstacle à l'expression du refus face aux demandes pour les heures supplémentaires. En effet, celles-ci témoignaient que les infirmières plus expérimentées pouvaient entretenir un discours culpabilisateur envers les plus jeunes, car

elles estimaient que ces dernières en faisaient moins qu'elles-mêmes à leurs débuts, par exemple. Ainsi, Sainsaulieu (1977) affirmait qu'au sein des professions les règles professionnelles ont notamment pour but d'assurer le renouvellement interne des experts entre eux. C'est donc à cet effet que le transfert des connaissances s'effectue conventionnellement par les praticiens et praticiennes, car cela permettra l'organisation de l'apprentissage, mais aussi de la pratique du métier (Sainsaulieu, 1977). Enfin, toujours selon l'auteur, ce discours chez les professionnels ferait en sorte d'empêcher que les individus puissent se dissocier entre autres des codes de conduites.

Enfin, confrontées à la réalité des heures supplémentaires, il semble que les réactions des nouvelles infirmières s'apparentent au modèle de socialisation professionnelle développé par Hugues (cité dans Dubar, 2002). Selon celui-ci, l'immersion dans la profession entraînerait toujours un choc chez les individus qui devront revoir leur conception basée sur un modèle idéal en fonction du modèle pratique. Ainsi, ceux-ci tenteraient de réduire l'écart entre les deux ce qui les amènera à revoir leur conception personnelle afin de l'adapter ou de la rejeter. Ici, les jeunes infirmières semblent donc être en plein processus d'identification professionnelle alors qu'elles devront choisir entre l'adhésion aux normes de disponibilité de leur profession ou au contraire les refuser.

En somme, nous venons de faire un retour sur nos propositions de recherche et d'interpréter nos résultats à partir de la revue de la littérature. Relativement à nos deux propositions, nous avons pu constater que l'identité professionnelle favorise l'apparition des manifestations tant du travail gratuit que de l'obligation de disponibilité implicite. Ainsi, l'identité professionnelle des infirmières est influencée notamment par son assimilation à la féminité, mais surtout par son spectre d'action dans un domaine de soin et du souci de l'autre. De plus, la relation avec le patient prend une large place, puisqu'elle engendre non seulement un sentiment d'utilité sociale, mais surtout une forte perception de réalisation personnelle par le travail accompli. Enfin, l'historique de la profession laisse de profondes traces sur les règles, les valeurs et les codes de conduite, qui promeuvent principalement l'humanité des soins par le dévouement, la compassion et l'attention à l'autre. Alors que nos propositions suggéraient que cette identité professionnelle favorise un certain surinvestissement non reconnu dans le travail par les

infirmières, nos résultats ont mis en lumière que sans l'intervention d'une autre variable, celle de l'organisation du travail, ces propositions ne pouvaient pas être confirmées totalement. À cet effet, nous reviendrons sur le rôle de l'organisation du travail dans le secteur des soins infirmiers dans la section suivante.

C. Le rôle de l'organisation du travail

Nos résultats ont montré que l'organisation du travail jouait un rôle important dans l'apparition des manifestations du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite. En effet, les résultats ont illustré que c'est notamment par l'interaction entre l'identité professionnelle des infirmières et les défaillances organisationnelles que les manifestations apparaissaient. Nos propositions de recherche n'envisageaient pas l'organisation du travail, puisque ce facteur était déjà traité par une autre recherche (Rossignol, 2017). Malgré cela, nos résultats ont tout de même mis en lumière une association entre l'identité professionnelle et l'organisation du travail. Dans cette section, nous ferons un retour sur nos observations quant au rôle de l'organisation du travail dans son interaction avec l'identité professionnelle des infirmières sur les manifestations anticipées et non-anticipées de l'invisibilité du travail.

D'abord, nos résultats montrent que certains des comportements associés au don de soi relèvent précisément du contexte particulier engendré par les défaillances dans l'organisation du travail. En effet, Côté (2014) affirme qu'il existe un fossé entre la rationalité gestionnaire et l'éthique des soins. Cognet (2002) ajoute aussi que le dépassement des tâches survient lorsque la gestion des soins et services est rationalisée. Ainsi, nos résultats suggèrent que le travail des soignantes peut difficilement être segmenté comme il l'est actuellement et, qu'à cet effet, les infirmières n'hésitent pas à agir en dehors de leur cadre d'intervention si nécessaire. De plus, le manque de temps engendré par le manque de personnel fait en sorte que les infirmières à plus d'une occasion ressentent qu'elles ne peuvent plus accomplir pleinement le rôle pour lequel elles se sont engagées (Anderson, 2006). Selon l'auteure, cette organisation du travail est par ailleurs responsable des difficiles conditions d'exercice de la profession dans lesquelles sont plongées continuellement les infirmières et qui les placent parfois dans des situations d'incohérence avec leur éthique professionnelle. En effet, nos résultats appuient ces propos,

puisque c'est notamment en réaction à cet état de contradiction entre leurs valeurs professionnelles et les conditions d'exercice de la profession que les dépassements surviennent, les infirmières ne pouvant fermer les yeux sur certains soins par manque de temps.

Ensuite, nos résultats relatifs aux obligations morales montrent que l'organisation du travail et plus précisément certains gestionnaires sont responsables en partie de leur existence. En effet, certains semblent s'appuyer sur la générosité ou le dévouement des infirmières afin de résoudre les lacunes organisationnelles, comme le manque de personnel. Ainsi, en mettant les infirmières devant un dilemme éthique quant à leur morale professionnelle, celles-ci se voient finalement obligées de rester au-delà de leur disponibilité régulière malgré les conséquences sur leur vie personnelle. Sur ce point, Tremblay et Larivière (2009) confirmaient les difficultés sur le plan de la conciliation entre les vies professionnelles et personnelles des infirmières. Selon les auteures, les horaires atypiques, mais aussi les pressions liées au milieu de travail accentueraient ces difficultés. Une infirmière rencontrée expliquait que lorsque la vie d'un patient était en danger, il était alors fréquent de prendre du retard dans ses tâches, puisque tous les efforts étaient tournés vers ce patient. Dans ces situations, elle devait choisir entre quitter à la fin de son quart sans avoir complété la moitié de ses tâches ou bien rester, parfois deux heures de plus, parce qu'il n'y avait pas d'autres solutions.

Puis, concernant les manifestations de l'obligation de disponibilité implicite, nos résultats illustrent que chacune d'elles est le fruit d'un mélange entre les défaillances organisationnelles du travail et l'identité professionnelle des infirmières. Ainsi, les infirmières sont obligées de rester disponibles durant leur pause-repas, parce qu'elles expérimentent une surcharge de travail qui les empêche de quitter ou de prendre leur pause en entier. De plus, nos résultats mettent en évidence que dans certains cas, le temps alloué à la pause-repas par les gestionnaires fait en sorte d'obliger implicitement les infirmières à rester sur les lieux du travail parce qu'il ne leur laisse pas suffisamment de temps pour faire autrement. Par ailleurs, souvent les infirmières n'envisagent pas de prendre l'entièreté de leur pause-repas par solidarité envers leurs collègues car elles sont obligées d'imposer leur charge de travail à quelqu'un d'autre. De plus, lorsqu'elles décident d'effectuer du travail tout en prenant leur

repas, c'est normalement parce qu'elles sont conscientes de leurs responsabilités professionnelles qu'elles le font.

Quant aux périodes de chevauchement entre les quarts, nos résultats montrent que la période anticipée par l'organisation du travail était trop courte pour permettre aux infirmières d'assurer le relais des équipes sans avoir à rester au-delà de leur temps de travail. En ne prévoyant pas de mesures alternatives, l'organisation du travail oblige finalement implicitement les infirmières à compenser le temps nécessaire à la transmission des dossiers sur leur propre temps personnel. L'imprévisibilité engendrée par ces situations a par ailleurs un impact défavorable sur la conciliation entre les temps de vie, puisque les infirmières ne sauront jamais exactement à quelle heure elles sortiront du travail. Malgré tout, les participantes n'envisagent pas de quitter parce que cela pourrait avoir d'importantes conséquences soit sur leurs patients, soit sur l'infirmière qui prendra la relève. Ainsi, encore une fois, la responsabilité professionnelle et la solidarité guideront les choix des infirmières.

Également, nos résultats font ressortir que les demandes pour les heures supplémentaires engendrent souvent une pression sur les infirmières. En effet, la pénurie de personnel dans le secteur de la santé et des services sociaux a provoqué une augmentation importante du nombre d'heures supplémentaires à combler, qui sont désormais une norme dans le milieu plutôt qu'une mesure circonstancielle ou exceptionnelle. Ainsi, les infirmières expriment parfois une difficulté à refuser les demandes parce qu'elles voudront être solidaires avec leurs collègues affectées par le manque de personnel. Enfin, les différents motifs exprimés par les infirmières pour justifier le travail qu'elles effectuent en dehors de leur temps de travail convenu sont tous liés aux dimensions de leur identité professionnelle.

Dans un dernier temps, notre recherche a permis de mettre au jour des phénomènes non anticipés. Ceux-ci étaient souvent engendrés par les défaillances au plan de l'organisation du travail. Ainsi, nos résultats révèlent plusieurs séquences de travail non rémunérées effectuées par les infirmières parce que le contexte de travail ne permettait vraisemblablement pas de faire autrement. Ce travail gratuit se situait majoritairement avant le quart de travail, ce que nous avons nommé le fait d'arriver à l'avance, ou suivant le quart de travail régulier. Les

infirmières rapportaient, par exemple, arriver souvent plus tôt afin de préparer leur entrée en service, parce qu'elles ne pouvaient pas tout faire au même moment lors de l'échange de quart. Certaines attribuaient cela à leur manque d'expérience, même si d'autres infirmières plus expérimentées semblaient avoir pris cela comme habitude. D'autres infirmières encore rapportaient rester souvent plus tard afin de compléter des dossiers particulièrement s'il y avait eu des situations plus difficiles avec certains patients. Pour certaines, cela apparaissait même comme des situations récurrentes bien que les infirmières ne soient généralement pas rémunérées au-delà des périodes fixes de leur quart de travail. Par ailleurs, ces situations pouvaient varier entre les infirmières selon leur milieu de travail. Or, elles nous permettent de constater que l'identité professionnelle des infirmières vient compenser la pression énorme, que pose sur le temps de travail, l'organisation actuelle du travail.

En outre, la prochaine section nous servira à la présentation des apports de notre recherche, mais surtout de ses limites.

D. Les apports et limites de l'étude

Dans cette recherche, certaines limites se sont présentées à nous et doivent être prises en considération. Toutefois, certains apports ont également été constatés et doivent ici être mentionnés. Tout d'abord, le nombre d'entrevues conduites auprès d'infirmières se limite à dix. Ce faible nombre s'explique, car le temps et les moyens ne nous permettaient pas d'envisager la réalisation de davantage d'entretiens. Cependant, bien que ce nombre ne soit pas très élevé, il s'avère que la qualité des entretiens qui ont été menés a permis de mettre au jour des facteurs non anticipés par le modèle de recherche. En ce sens, notre recherche contribue à l'avancement des travaux sur l'invisibilité du travail des infirmières québécoises.

Ensuite, alors que notre recherche suggérait que la présence féminine avait une influence sur l'expression de l'identité professionnelle des infirmières et sur les comportements que celles-ci adoptent au travail, il nous semble que la présence d'hommes parmi les personnes rencontrées aurait été pertinente afin de percevoir d'éventuelles différences. En effet, certains commentaires avancés par les participantes lors des entrevues suggéraient que les hommes

infirmiers vivraient différemment leur identité professionnelle du fait de leur sexe notamment dans leur rapport avec les patients ou avec les médecins. Il est possible que cela ait un impact sur la présence d'un travail gratuit ou d'une obligation de disponibilité implicite. Cependant, malgré notre ouverture à rejoindre des participants de sexe masculin exerçant la profession, notre démarche s'est avérée infructueuse sur ce point. L'absence de diversité dans le sexe des personnes rencontrées est une deuxième limite à notre étude.

Également, une partie de notre recherche portait sur un travail que les infirmières ont trop souvent elles-mêmes de la difficulté à percevoir et à décrire. À cet effet, une période d'observation sur le milieu de travail aurait sans doute été une méthode de collecte des données qui dans ces circonstances aurait pu nous amener à constater davantage de manifestations du travail gratuit. Cependant, cette méthode de collecte des données combinée à celle des entretiens semi-dirigés nécessite davantage de préparation, de temps et de moyens que ceux dont nous disposions dans le cadre de ce mémoire. Toutefois, l'observation directe serait à envisager dans des projets futurs de recherche portant sur le travail gratuit, car cela aurait probablement permis de mettre en lumière des exemples, qui n'ont pas pu être identifiés.

Ainsi, le prochain point sera consacré aux recherches futures qu'il serait pertinent poursuivre à la suite de ce mémoire.

E. Les recherches futures

Notre projet de recherche s'insérait dans le cadre d'une plus large recherche portant sur l'obligation de disponibilité des salariés. À cet effet, des recherches sur ce phénomène ont déjà été conduites dans différents secteurs d'emploi au Québec et sous différentes perspectives d'analyse. Toutefois, encore peu de recherches se sont intéressées aux manifestations d'un travail gratuit comme un phénomène à part entière, ainsi que sur les liens entre celui-ci et l'identité professionnelle. Nous identifions ici quelques pistes de recherche pour le futur.

Dans un premier temps, nos résultats ont permis de réaliser l'importance de l'identité professionnelle et de l'organisation du travail sur les manifestations tant du travail gratuit que

de l'obligation de disponibilité implicite. Alors que le rôle de l'organisation du travail a déjà été envisagé pour le phénomène de l'obligation de disponibilité par un membre de notre projet de recherche (Rossignol, 2017), il semblerait intéressant d'effectuer une comparaison avec d'autres secteurs d'emploi principalement du milieu public afin d'y vérifier si l'organisation du travail et l'identité professionnelle engendrent là aussi du travail gratuit.

Dans un deuxième temps, alors que nos résultats établissent que le travail gratuit est un phénomène existant dans le secteur de la santé et des services sociaux, il serait pertinent de poursuivre les recherches sur celui-ci dans d'autres secteurs d'emploi où la présence des femmes est dominante. Ainsi, les secteurs de l'éducation et du service social seraient de bons exemples à étudier. De plus, ceci permettrait de soutenir éventuellement la présence du travail gratuit dans d'autres métiers du *care* différents, mais à la fois similaires, à la profession infirmière.

Dans un troisième temps, l'une des limites de cette étude considérait l'absence d'hommes parmi les participants à notre recherche. Ceci pouvant avoir évidemment des répercussions sur les résultats alors que les hommes exerçant le métier d'infirmier vivent peut-être leur identité professionnelle d'une manière différente. Afin de remédier à cette lacune, une étude portant sur la manière dont s'exprime l'identité professionnelle des hommes infirmiers serait pertinente afin de vérifier si celle-ci contribue autant à la présence d'un travail gratuit et d'une obligation de disponibilité implicite.

Enfin, dans un dernier temps, notre recherche accordait une attention particulière à l'identité professionnelle des infirmières. À cet effet, nous avons remarqué l'existence de tensions récurrentes entre les infirmières en fin de carrière et les infirmières débutant dans la profession, alors que les premières reprochaient souvent aux plus jeunes d'en faire moins qu'elles à leur début. Toutefois, les auteurs (Osty et Uhalde, 2007) avançaient que les nouveaux modèles identitaires laissaient davantage de place à l'intrusion du travail dans la vie des individus et favorisaient par le fait même leur investissement personnel au travail. Ainsi, l'identité professionnelle des infirmières serait-elle différente ou est-ce que l'identité professionnelle aurait toujours favorisé cet investissement aujourd'hui valorisé au sein des

identités contemporaines ? En somme, une comparaison entre les identités professionnelles des infirmières plus expérimentées et des infirmières en début de carrière serait intéressante afin de comprendre l'évolution celle-ci.

Conclusion

L'invisibilité de certaines compétences mobilisées dans les travaux féminins découle d'un système et d'une culture patriarcale. Les métiers du *care*, dont ceux des soins, sont particulièrement touchés par une absence de reconnaissance de la valeur de l'ensemble du travail réalisé par les travailleuses. En effet, le travail des soins a longtemps été perçu comme facile, puisqu'il ferait appel à des compétences pensées comme naturelles ou innées des femmes pour celui-ci. De plus, désormais métier professionnel et rémunéré, il a continué à être socialement dévalorisé, considéré comme inférieur parce qu'il était le reflet du travail domestique accompli gratuitement depuis toujours par les femmes dans la sphère privée. Par ailleurs, depuis les années 1995, le contexte organisationnel dans le secteur de la santé et des services sociaux a été marqué par différentes problématiques ayant d'importantes répercussions sur le travail notamment des infirmières. En effet, les réformes ont engendré une intensification du travail couplée à un alourdissement des cas et à une pénurie de main-d'œuvre. Cela ayant conduit à une importante augmentation des heures de travail effectuées par les infirmières, mais surtout à leur mise en disponibilité en dehors du temps de travail.

Ainsi, dans cette recherche, nous souhaitons démontrer que malgré la professionnalisation du métier d'infirmière, leur travail contiendrait toujours une part d'invisible s'exprimant notamment par du travail gratuit et une obligation de disponibilité implicite. De plus, nous voulions comprendre l'incidence de l'identité professionnelle sur ces phénomènes, car il semblait que celle-ci pouvait expliquer des comportements d'adhésion collective aux normes établies dans une profession. Notre premier objectif de recherche était de contribuer à l'illustration d'une variété de manifestations pour ces deux phénomènes. Alors que notre deuxième objectif consistait à évaluer l'effet de l'identité professionnelle sur les manifestations qui auraient été trouvées. Ces objectifs devaient nous permettre de répondre à notre question de recherche: Dans quelle mesure l'identité professionnelle des infirmières contribue-t-elle à l'invisibilité de leur travail sous l'aspect du travail gratuit et de l'obligation de disponibilité implicite ?

À cet effet, notre modèle de recherche s'appuyait notamment sur la littérature portant sur l'identité professionnelle démontrant que celle-ci pouvait avoir un rôle à jouer sur les actions posées par les professionnels dans leur milieu de travail. De plus, selon des auteurs (Dubar, Tripier et Boussard, 2011; Osty et Uhalde, 2007), les identités contemporaines ayant émergé des nouvelles normes d'organisation du travail seraient caractérisées par des comportements de surinvestissement chez les individus. Nous avons donc construit un modèle qui nous permettrait de comprendre comment l'identité professionnelle des infirmières affectait leurs comportements et leurs choix au travail. Ainsi, plusieurs dimensions liées tant à l'identité qu'à la profession infirmière, comme le collectif professionnel, le travail du *care* ou la déontologie, ont été retenues. De plus, en nous basant sur la littérature relative au travail invisible accompli par les soignantes, nous avons également sélectionné les dimensions du travail gratuit, comme le don de soi, la personnalisation du service et l'obligation morale. Enfin, à partir de l'étude jurisprudentielle conduite par Bruno (2015), nous avons envisagé quatre facteurs nous permettant de comprendre sous quelle forme apparaissait l'obligation de disponibilité implicite. Ce modèle a conduit à la formulation de deux propositions de recherche où nous cherchions à examiner l'effet de l'identité professionnelle sur les deux variables dépendantes. Dix entrevues semi-dirigées ont par la suite été réalisées auprès d'infirmières et d'infirmières cliniciennes travaillant dans le secteur public des soins, soit en milieu hospitalier ou en centres locaux de soins communautaires.

La collecte des données a permis d'appuyer partiellement nos propositions de recherche alors que l'identité professionnelle apparaît faciliter l'apparition tant du travail gratuit que de l'obligation de disponibilité implicite. Toutefois, nos résultats montrent également que l'organisation du travail agit également fortement dans les manifestations de nos deux variables en créant un climat propice à l'apparition de dépassements et de surinvestissement. Ainsi, l'identité professionnelle engendrerait des comportements de compensation chez les infirmières pour les lacunes organisationnelles, car celles-ci considèrent comme incompatible avec leur rôle de soignantes de faire autrement. De plus, il semblerait que certains gestionnaires dans le secteur de la santé s'appuieraient grandement sur les principes éthiques des infirmières pour assurer la continuité des soins dans un contexte criant de manque de ressources. À cet effet, notre travail de recherche nous amène à formuler la question suivante:

Dans quelle mesure les organisations du secteur de la santé et des services sociaux à l'heure actuelle profitent-elles de l'identité professionnelle des infirmières à des fins d'économie de coûts ?

BIBLIOGRAPHIE

Table de la législation et de la réglementation

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ, c.I-8, r. 9.

Code des professions, RLRQ, c. 26.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

Loi sur les normes du travail, RLRQ, c. N-1.1.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, c I-8.

Jurisprudence

CLSH-CHSLD de Rosemont c. Moffet, 2009 QCCLP 8883

Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis c. Fonbuena, 2013 QCCLP 2349

Monographies

Alderson, M. (2006). La quête de reconnaissance des infirmières travaillant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Dans Institut de psychodynamique du travail du Québec, *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (207 pages). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Alter, N. (2014) Préface. Dans Sainsaulieu, R., *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. (4e édition) Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Beckers, J. (2007). *Compétences et identités professionnelles : l'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : De Boeck Université.

Blondeau, D. (1999). *Éthique et soins infirmiers*. Les Presses de l'université de Montréal. Repéré à <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/detail.action?docID=10176843>

Causer, J-Y., Durand, J-P., et Gasparini, W. (2009). *Les identités au travail : analyses et controverses*. Toulouse : Octarès Éditions.

Cohen, Y., Pépin, J., Lamontagne, E. (2002) *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Les Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/detail.action?docID=10176897>

Deslauriers, J-P. (1991). L'analyse des données. Dans *Recherche qualitative : guide pratique*. Mcgraw-Hill. 79-105.

Dubar, C. (1998). Identité collective et individuelle dans le champ professionnel. Dans Michel De Coster et al., *Traité de sociologie du travail*. De Boeck Supérieur (2^e édition), 385-401.

Dubar, C. (2002). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.

Dubar, C. (2015). *La socialisation : construction des identité sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin (5^e édition).

Dubar, C., Tripier, P., et Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin (3^e édition).

Durand, G. (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmières : contexte socioculturel et scientifique*. Les Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/detail.action?docID=10176892>

Grossin, W. (1998). Les temps de travail. Dans Michel De Coster et al., *Traité de sociologie du travail*. (2e édition) De Boeck Supérieur. doi : 10.3917/dbu.coste.1998.01.0139

Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Éditions Payot & Rivages.

Noiseux, S. (2010) Le devis de recherche qualitative. Dans Marie-Fabienne Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche : méthode quantitative et qualitative* (2ème édition). Montréal : Chenelière éducation.

Osty, F., et Uhalde, M. (2007). *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris: La Découverte.

Sainsaulieu, R. (1977). *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Articles scientifiques et chapitres de livres

Alderson, M. (automne, 2006). Lorsque l'organisation du travail en unités de soins de longue durée menace la santé mentale des infirmières : une enquête en psychodynamique du travail. *Revue canadienne en santé mentale*, vol. 25, no., 2, 105-119.

Apesoa-Varano, E. (2007). Educated caring: the emergence of professional identity among nurses. *Qual Social*, vol. 30, 249-274.

Ashforth, B. et Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, vol. 14, no. 1, 20-39.

Ashforth, B. et Humphrey, R. (1993). Emotional labor in service roles: the influence of identity. *Academy of Management Review*, vol. 18, no. 1, 88-115.

Baillargeon, D. (1999). Praticiennes et patientes : les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, no.1, 47-59.

Benelli, N. et Modak, M. (2010). Analyse un objet invisible : le travail de *care*. *Revue française de sociologie*, vol. 51, 39-60.

Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, vol. 26(2), 1-18.

Boivin, L. (2016). Just-in-Time labour: the case of networks providing home support services in Quebec, *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, vol. 32, no. 3, 301-321.

Bougie, M. et Cara, C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire : une première étude phénoménologique sur les perceptions des infirmières, sept thèmes se dégagent de leurs propos. *Perspectives infirmières: Dossier*, vol. 3. 32-40.

Bullock, H. et Morales Waugh, I. (2004). Caregiving around the clock: how women in nursing manage career and family demands. *Journal of Social Issues*, vol. 60, no. 4, 767-786.

Cognet, M. (2002) Les femmes, le service et le don. *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 37, 51-77.

Cohen, Y. et Dagenais, M. (1987). Le métier d'infirmière : savoirs féminin et reconnaissance professionnelle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 41, no. 2, 155-177.

Cohen, Y. et Vaillancourt, É. (1997). L'identité professionnelle des canadiennes-françaises à travers leurs revues (1924-1956). *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 50, no. 4, 537-570.

Couturier, E-L., Tremblay-Pépin, S. (2015). *Les mesures d'austérités et les femmes : analyse des documents budgétaires depuis novembre 2008*. Rapport de recherche. Montréal : Institut de recherche et d'informations socio-économiques.

Daigle, J. (1991). Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle. *Recherches féministes*, vol. 4, no. 1, 67-86.

- Dussuet, A. (2002). Le genre de l'emploi de proximité. *Lien social et politiques*, no. 47, 143-154. doi : 10.7202/000348ar
- Dussuet, A. (2011). Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, vol. 6, no. 2, 102-127.
- Galerand, E. Kergoat, D. (2013). Le travail comme enjeu des rapports sociaux (de sexe). *Travail et genre dans le monde, La Découverte*, 44-51.
- Genin, É. (2016). Proposal for a theoretical framework for the analysis of time porosity, *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, vol. 32, no. 3, 280-300.
- Hallée, Y. (2005). La citoyenneté et la reconnaissance du travail féminin : une convergence souhaitable et nécessaire ? *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 60, no. 4, 762-791.
- Hochschild, A. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, vol. 1, no. 9, 19-49.
- Lallement, M. (2007). Qualités du travail et critique de la reconnaissance. Dans Alain Caillé, *La quête de la reconnaissance*. La Découverte. 71-78.
- Lapointe, P., Chayer, M., Bernard Malo, F. et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, no. 2, 164-180.
- Le Capitaine, C. (2011). Nouvelles identités professionnelles des femmes et syndicalisme : une possible compatibilité ? *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 66, no. 1, 98-121.
- Lecomte, Marie-Anne. (2012). Déontologie. Dans Monique Formarier *et al.*, Les concepts en sciences infirmières (2ème édition). *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), Hors collection*, 309-310. doi : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0309
- Lipscomb, J. A., Trinkoff, A. M., Geiger-Brown, J. et Brady, B. (2002). Work-schedule characteristics and reported musculoskeletal disorders of registered nurses. *Scandinavian Journal of Work*, vol. 28, no. 6, 394-401.
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Revue prévenir*, no. 40, 183-188. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00361300>
- Meagher, G. (2006). What can we expect from paid carers ? *Politics & Society*, vol. 34, no. 1, 33-53.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

Paturel, D. (2014). L'éthique du care, soutien de l'intervention sociale en entreprise. *Revue Interventions économique*, vol. 51, 2-13.

Renaud, L., Caron-Bouchard, M., Rousseau, C. (2013). Les préoccupations des infirmières et infirmiers d'Info-Santé lors de la pandémie de la grippe H1N1 : une lecture éthique. *L'infirmière clinicienne*, vol. 10, no. 1, 11-21.

Saillant, F. (1991). Les soins en périls entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, vol. 4, no.1, 11-29.

Schroeter, K. (2008). Duty to care versus duty to self. *Journal of Trauma Nursing*, vol. 15, no. 1, 3-4.

Soares, A. (2011). (In)visible : genre, émotions et violence au travail. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, vol. 6, no. 2, 128-148.

Tremblay, D-G., et Larivière, M. (2009). La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé et des services sociaux : le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières ? *Note de recherche de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir*, Montréal: Télum-UQAM.

Tremblay, D-G. et Pernigotti, E. (2014). Entre continuité et changement : politique économique du care et du travail domestique, Introduction. *Revue interventions économiques*. Repéré à <http://interventionseconomiques.revues.org/2452>

Twedell, D. (2009). Duty to care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 40, no. 2, 53-54.

Vallée, G. (2010, automne). Les nouvelles formes d'emplois et le « brouillage » de la frontière entre la vie de travail et la vie privée : jusqu'où va l'obligation de disponibilité des salariés ? *Lex Electronica*, vol. 15.2, 1-34.

Vallée, G. et Gesualdi-Fecteau, D. (2016). Setting the temporal boundaries of work: an empirical study of the nature and scope of labour law protections», *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, vol. 32, no. 3, 344-378.

Mémoires et Thèses

Boivin, L. (2014). *Régulation juridique du travail, pouvoir stratégique et précarisation des emplois dans les réseaux: trois études de cas sur les réseaux de services d'aide à domicile au Québec* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal.

Bougie, M. (2007). *La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par les infirmières en centre hospitalier*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal.

Bruno, G. (2015). *Le droit à la réparation des lésions professionnelles des travailleurs soumis à une obligation de disponibilité : une analyse jurisprudentielle longitudinale*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal.

Côté, N. (2013). *Rapport au travail, mobilité professionnelle et parcours de vie : le cas de jeunes infirmières et infirmières auxiliaires d'un centre de santé et de services sociaux*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal.

Rossignol, C. (2017). *Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal (dépôt : mars 2017).

Communications

Genin, É. (2015). *Proposal of a theoretical framework for the analysis of time porosity*. Communication présentée à Labour Law Research Network Conference 2015, Amsterdam.

Vallée, G. et Gesualdi-Fecteau, D. (2015). *Setting the temporal boundaries of work: an empirical study of the nature and scope of labour law protections*. Communication présentée à Labour Law Research Network Conference 2015, Amsterdam.

Publications gouvernementales

Jean, S. (2005). *Projection de la main d'oeuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*. Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/pmo_inf_rapport2005.pdf

Autres

Fédération de la santé et des services sociaux (CSN). (mars, 2011). Convention collective. (Document de consultation, PDF). Repéré à http://www.fsss.qc.ca/download/nego_public/nego_2010_2015/Conv._coll._FSSS_mise_a_jour_version_definitive.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (novembre, 2010). Négociation: entente de principe (Document de consultation, PDF). Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/negoFIQ_document-de-consultation-sur-entente_2010-12-06_fr.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (mars, 2010). Heures supplémentaires obligatoires: agir collectivement, agir localement. (Document de consultation, PDF). Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/heures-suppl-oblig_agir_mars-2010_fr.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (mars 2009). Révision du système professionnelle: les impacts de la loi 90. (Document de consultation, PDF). Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/ot_0903_impacts-de-la-loi-90_fr.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (juillet 2016). Convention collective: Négociée par nous, pour nous. (Document de consultation, PDF). Repéré à <http://ancien.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/convention-collective-web-2016-2020-fr.pdf>

ANNEXE A

Grille d'entretien

INTRODUCTION

- 1) Quel est votre titre professionnel ?
- 2) Dans quel type de centre travaillez-vous ? Dans quel service (pour centre hospitalier) ?
- 3) Quel est votre horaire de travail normalement ?
- 4) Quel est votre statut d'emploi ? (permanente, temporaire, sur appel, de garde, etc.)
- 5) Êtes-vous représentées par une organisation syndicale ? Si oui, laquelle ? Avez-vous une convention collective ou une entente locale, ou les deux ?
- 6) En quoi consistent vos tâches quotidiennes comme infirmière ?

OBLIGATION DE DISPONIBILITÉ

A. Période de pause-repas

- 7) Restez-vous sur à votre poste de travail ou sur les lieux de travail lors de vos pauses-repas ? Pourquoi ?

Questions de relance

- Le temps alloué est-il suffisant pour vous permettre de rentrer à votre domicile ou encore de sortir à l'extérieur pour consommer un repas ?
- Si oui, le faites-vous souvent ?
- Est-ce typique de votre secteur ?
- Gestionnaires ?

B. Chevauchement entre les quarts

- 8) Vous arrive-t-il de rester après votre quart de travail afin d'assurer le relais avec la prochaine équipe ? Pourquoi le faites-vous ?

Questions de relance

- Est-ce fréquent ?
- Recevez-vous une rémunération pour cette période ?
- Y-a-t-il une clause de votre convention collective qui y réfère ?
- Gestionnaires ?

C. Demandes pour les heures supplémentaires

- 9) Vous arrive-t-il de faire des heures supplémentaires ? Pour quelle(s) raison(s) ?

Questions de relance:

- Le temps supplémentaire est-il fréquent dans votre organisation ?
- Comment vous sentez-vous face à cela ?
- Qu'est-ce que prévoit la convention collective relativement à l'attribution du temps supplémentaire?
- Y-a-t-il des ententes entre collègues relativement à l'attribution du temps supplémentaire ?

D. Autre

- 10) Avez-vous d'autres éléments/exemples de situation où vous ressentez de rester disponible même si, en principe, vous n'êtes pas considérée au travail?

IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

A. Collectif professionnel

- 11) Pouvez-vous me parler de votre profession ? Qu'est-ce qu'être infirmière mis à part les tâches formelles ?

Questions de relance:

- Comment ressentez-vous le fait d'exercer une profession dans le service public ?
- Avez-vous le sentiment d'effectuer une profession qui soit unique ? Pourquoi ?
- Ressentez-vous un sentiment de fierté face à votre profession ?

- Avez-vous perçu une différence entre votre formation professionnelle et la réalité du milieu de travail?
- Ressentez-vous un sentiment d'attachement à votre profession ?

B. Le care

12) Quelles caractéristiques sont essentielles pour soigner ? Pourquoi ? Exemples ?

Questions de relance :

- Pouvez-vous me parler des qualités qu'il faut posséder pour reconnaître les besoins des patients ?
- Avez-vous parfois l'impression de manquer de temps dans les soins à donner ? Quelles solutions mobilisez- vous alors ?
- Éprouvez-vous certaines difficultés à donner des soins ? Exemples ?

C. Les émotions

13) Vous arrive-t-il de devoir simuler ou dissimuler vos émotions ? Le faites-vous souvent ? Exemples ?

Questions de relance:

- Vous arrive-t-il de devoir modifier votre expression (comportementale) face aux patients ? Le faites-vous souvent ?

D. Code de déontologie

14) Pouvez-vous me parler de l'éthique professionnelle dans les soins ? Exemples ?

Questions de relance:

- Quel est l'effet du code de déontologie sur votre travail ?
- Pouvez-vous me parler des valeurs promues par le code de déontologie ? Vous sentez-vous interpellé par celles-ci ?
- Le code a-t-il un effet sur l'image sociale de votre profession, selon vous ?
- Quels sont les effets à la suite du renouvellement du code en 2015 pour votre profession ?

E. Identité du soi

15) Vous sentez-vous accomplie ou réalisée dans votre travail ? Pourquoi ?

Questions de relance:

- Quels sont les aspects positifs de votre travail ?
- Qu'aimez-vous dans votre profession ? Pourquoi ?
- Quelles sont vos motivations personnelles à être infirmière ?

F. Autres

16) Avez-vous d'autres éléments qui sont importants pour bien comprendre ce qu'est être infirmière ?

TRAVAIL GRATUIT

A. Don de soi

17) Effectuez-vous du travail qui ne serait pas défini dans vos tâches formelles ?
Lequel ?

Questions de relance:

- Reconnaissance des gestionnaires ?
- De quoi a-t-on besoin pour faire le travail d'infirmière ? (compétences, savoir-être, savoir-faire) Pourquoi ?

B. Personnalisation du service

18) Tenez-vous une distance avec les patients dans les soins quotidiens? Pourquoi ? En avez-vous des exemples ?

Questions de relance:

- Est-il parfois difficile de tracer une frontière entre son rôle professionnel et sa vie personnelle ?
- Certains patients exigent-ils plus de travail que ce qui est demandé ? Pourquoi ?
- Reconnaissance de la part des gestionnaires ?

C. Obligation morale

19) Percevez-vous une pression ou une obligation dans ce qui est demandé aux infirmières ? Pourquoi ?

Questions de relance:

- Pouvez-vous me décrire l'image que les patients ou votre entourage ont du rôle de l'infirmière ?

D. Autres

20) Avez-vous d'autres idées ou exemple de situations similaires?

ANNEXE B

Lettre de sollicitation

Objet: Lettre de sollicitation pour participation à un projet de recherche

Titre du projet : L'identité professionnelle des infirmières comme source d'un travail gratuit et d'une obligation de disponibilité implicite

Bonjour,

Nous aimerions solliciter votre participation à un projet de recherche dans le cadre d'un mémoire de maîtrise effectué en relations industrielles à l'Université de Montréal. Nous requérons votre participation à ce projet, puisque celui-ci porte sur les infirmières exerçant dans le secteur public du réseau de la santé et des services sociaux québécois. À cet effet, nous cherchons à rencontrer des infirmières exerçant en milieu hospitalier, en CHSLD ou encore en CLSC. Le but principal de notre recherche est de s'intéresser à l'identité professionnelle des infirmières comme source de deux phénomènes, soit le travail gratuit et l'obligation de disponibilité implicite. Plus de renseignements concernant nos objectifs de recherche vous seront donnés au préalable d'une éventuelle participation.

La participation à ce projet consiste en une entrevue semi-structurée d'une heure et demie au maximum entre vous et l'étudiante responsable du projet de recherche. Au cours de celle-ci, l'étudiante vous adressera des questions nécessitant des réponses ouvertes de votre part. L'entrevue prendra la forme d'une discussion dans laquelle vous serez invitée à vous exprimer librement sur vos impressions et vos expériences personnelles quant à votre profession et votre milieu de travail. L'entièreté du processus sera effectuée de manière confidentielle et nulle autre que l'étudiante n'aura accès à votre identité.

Votre collaboration à notre projet de recherche est précieuse et importante, et c'est pourquoi nous sollicitons votre participation. Si vous êtes intéressée à y participer ou si vous avez quelques questions que ce soit concernant votre implication dans cette recherche, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante responsable.

En vous remerciant à l'avance de votre intérêt pour cette demande,

Cordialement,

Alexandra Cyr

Étudiante de maîtrise, École de relations industrielles, Université de Montréal